VOL. 25 N.º 2

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

JUNHO DE 1950

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ESCABIOSE
E OUTRAS PARASITOSES CUTANEAS

ECZESAN

ECZEMAS AGUDOS E SUB-AGUDOS
PRURIGOS PRURIDOS

KERATOLIT

ACNE, ECZEMAS SEBORRÊICOS FOLICULITES PITIRIASIS VERSICOLOR ERITRASMA

EPICUTAN

DERMITES ERITEMAS QUEIMADURAS DE SOL E TODOS OS PROCESSOS EXSUDATIVOS DA PELE

LEUCODERMA

RACHADURAS DOS SEIOS ERUPÇÕES DA PELE E DERMATOSES DOS BEBÊS

ESTROBIOL

ACNE - HYPERTRICOSE
PRURIDO VULVAR
HYPOPLASIA MAMARIA

PSOROSAN

PSORIASIS ECZEMAS SÊCOS E CRÔNICOS, LIQUENIFICAÇÕES

KATELKOS

ÚLCERAS VARICOSAS, ÚLCERAS TÓRPIDAS
ESCARAS DE DECÚBITO

ULTRACUTAN

PIODERMITES IMPETIGENS ECZEMAS INFETADOS E FERIDAS SUPURADAS

LABORATORIOS BIOSINTETICA S. A.

SÃO PAULO - Praça Olavo Bilac, 105 - Fone 5-5621

NATROL

HIDRO-SOLUTO DE TÁRTARO-BISMUTATO DE SÓDIO

Produto original do Prof. Parreiras Horta, cuja eficácia na Sífilis experimental e humana foi amplamente confirmada por Giemsa, Arning e outros cientistas de renome universal, assim como pela intensa e progressiva preferência em 20 anos, dada pela Classe Médica Brasileira.

O **bismuto ideal**, segundo exigências dos mais reputados sifilólogos da atualidade (Cole, Hanzlick, etc.)

NATROL "A" (10,5 mgr. de Bi-metal por 2 c.c.)
Sífilis em todas as suas formas, sobretudo viscerais. Boubas, anginas inespecíficas, pênfigos, dermite de Dühring, lupus eritematoso, úlceras tropicais. Sífilis infantil

NATROL "B" - (21 mgr. de Bi-metal por 2 c.c.)
Sífilis primária e, em geral, todas as formas de sífilis muito ativas. Sífilis maligna
Caixas de 6 a 12 empôlas de 2,2 c.c.

NATROL POMADA - Dermatoses, úlceras, furúnculos, piodermites. Adjuvante do tratamento parenteral da sífilis ulcerosa, nos cancros venéreos mixtos e na queratite.

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO

CAIXA POSTAL 163 - RIO

PROCHOLON

Ácido deidrocólico cristalizado SQUIBB e Sal biliar natural sob forma oxidada, não conjugada.

Nem todos os sais biliares exercem a mesma ação terapêutica — afirmam Ivy e colaboradores. Recomendam êles um tipo oxidado, não conjugado, como o ácido deidrocólico, afim de produzir "colerese acentuada" e "uma bile realmente fina".

PROCHOLON age dentro de minutos, é pràticamente atóxico e pode até triplicar o volume da bile.

VASTO CAMPO DE APLICAÇÃO:

Estase biliar crónica • Insuficiência hepática colangite, cirrose • Tratamento post-operatório dos distúrbios biliares • Estase intestinal associada a secreção biliar inadequada • Colecistite • Digestão defeituosa de gorduras • Absorção inadequada de vitaminas liposolúveis, especialmente da vitamina K. Coadjuvante dos diuréticos mercuriais • Acentua a sombra na colecistografia e elimina o corante mais ràpidamente.

Tubos de 25 e 100 e latas de 500 comprimidos divisiveis de 0,25 g. Ampolas de 5 cc. de solução de Procholon sódico a 20 % — avulsas ou em caixas de 25.

SÍFILIS
RHODARSAN

Rhodia

A insônia, a irritabilidade, a perda de memória, a fadiga e outras manifestações comuns nos homens de idade madura podem ser devidas à insuficiência testicular, melhorando com o emprêgo das injeções de

TESTOVIRON

(Propionato de testosterona)

O TESTOVIRON, contendo o verdadeiro hormônio sexual masculino, restabelece a energia física e psíquica e confere uma sensação de bem-estar geral. A melhora alcançada pode ser mantida com o TESTOVIRON-GOTAS, que é uma solução alcoólica de testosterona destinada ao uso pela via transcutânea.

EMBALAGENS ORIGINAIS

TESTOVIRON

Caixas com 4 ampolas de 5, 10, 25 e 50 mg

TESTOVIRON - GOTAS

Frasco de 10 cm 3 com 50 mg.

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S. A.

RIO DE JANEIRO

SÃO PAULO ★ PÔRTO ALEGRE ★ BELO HORIZONTE ★ RECIFE

Neosalvarsan
O. 914 LEGITIMO
BAYER
BAYER

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

VOL. 25 JUNHO DE 1950 N.º 2

Estudo histológico das disceratoses pré-cancerosas

H. Portugal e R. D. Azulay

Disceratose, de acôrdo com o étimo grego, significa distúrbio da ceratinização. Autores alemães (GANS [1], ROST [2]) empregam o têrmo com esse sentido. DARIER (3) e, em geral, os dermatologistas francêses, adotam uma acepção mais limitada, aplicada sòmente às lesões nas quais "certo número de células malpighianas se isolam e se diferenciam de suas vizinhas, sem evolverem como as congêneres para a ceratinização normal, sofrendo individualmente modificações morfológicas e químicas especiais". A disceratose assim definida não é específica, nem peculiar a determinadas doenças (PAUTRIER e LEVY [4]), podendo ocorrer em numerosos processos nos quais a epiderme sofre profundas alterações (esporotricose, blastomicoses, epiteliomas epidermóides, etc). Num grupo limitado, a que se poderia chamar de doenças disceratósicas, essa lesão é essencial e constitui sua principal característica histológica (DARIER [5]). Comporta o grupo uma epidermovirose (Molluscum contagiosum), uma genodermia associada possìvelmente a uma avitaminose A (Doença de Darier), e as disceratoses precancerosas ou epiteliomatosas (ROUSSET [6]), incluindo as Doenças de Paget e de Bowen, às quais pretendemos agregar, em outro trabalho apresentado a esta reunião, parte das ceratoses senis.

DOENÇA DE PAGET

Embora se atribuam as primeiras observações a LORRAIN e ROBIN (1854) e a PORTER (1872), cabe, indiscutìvelmente, a JAMES PAGET (1874), o mérito de ter individualizado a doença, baseado na observação de 15 casos, numa descrição magistral pela precisão e clareza. Nela se destacam os caracteres clínicos de aspectos comparáveis ao eczema ou à balanite aguda, a evolução para o câncer após o decurso de um a dois anos, a descontinuidade entre a lesão superficial e a pro-

---

Trabalho apresentado na VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (set., 1949, Recife).

Chefe da Secção de Histopatologia (H. Portugal) e Assistente (R. D. Azulay) da Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (Prof. F. E. Rabelo).

funda (ver a reprodução do texto original em CUTLER e BUSCHKE [7]). São profundamente controvertidas as opiniões das maiores autoridades na matéria a respeito das origens primitivas da lesão. Os sólidos argumentos a favor de uma hipótese são de todo destruídos pelas razões de outros. Haja vista as discussões travadas, em 1925, entre Darier, de um lado, e Masson, Pautrier e Levy, de outro, na Sociedade Francêsa de Dermatologia e Sifilografia (4).

Diante dêsses fatos, resolvemos estudar nosso material, sem idéias preconcebidas, seguindo os dados das nossas observações clínicas e exames histológicos. Desde logo adiantamos que êsse modo de encarar o assunto nos levou a adotar uma opinião eclética, como adiante explicaremos.

Dos 8 pacientes observados, 7 eram brancos e 1 preto; 1 do sexo masculino (localização extra-mamária) e 7 do feminino (localização mamária). A paciente mais jovem tinha 25 anos e a mais idosa 54; o do sexo masculino, 60 anos. A maioria, 5 doentes, tinha entre 47 e 54 anos. A duração da moléstia, no momento do exame, oscilava entre 8 meses e 10 anos; 2 casos com 6 anos e 2 com 1 e 2 respectivamente. Em outros 2 nada se pôde apurar. A evolução, após o exame inicial, só pôde ser acompanhada em 5 doentes; 3 faleceram passados meses, uma sobreviveu 3 anos, morrendo de câncer mamário, e outro (masculino) está vivo, 3 anos após. O carcinoma glandular coexistia com as lesões cutâneas em 7; em 1, embora não se tivesse feito mamectomia radical, não havia sinais clínicos nem histológicos de câncer.

I — *Casos com lesão primitiva da epiderme*

Observação n. 1 (Prof. Ramos e Silva):

M. B., 51 anos, branca, viúva, brasileira. Examinada em 25-7-39.

Sofreu amputação do seio esquerdo em 1901. No direito há uma placa circunscrita de "eczema", a qual curou aparentemente para reaparecer em seguida, por diversas vêzes. Perdura agora, há mais de um mês, tendo sido há 10 dias cauterizada pela doente com alho.

Nota-se na mamila e na aréola do seio direito, uma lesão exulcerosa irregular, sangrando com facilidade, com borda saliente, leucoplasiforme na sua parte inferior. Não foram encontrados pela palpação nem lesão tumoral profunda, nem tumefação ganglionar na axila correspondente.

Exame histológico: Biópsia da lesão da mamila e aréola em 26-7-39. Fix. Boin.

Epiderme: hipertrofia das cristas interpapilares. Numa área mais ou menos limitada, encontram-se numerosas células de Paget, volumosas, ovais ou globóides, isoladas das vizinhas por um halo claro; o citoplasma francamente alveolar é pouco corado; o núcleo é volumoso e rico de cromatina, às vêzes em mitose. Tais elementos começam a aparecer acima da camada basal e, daí em diante, são vistos em todos os demais estratos epidérmicos. Ao atravessar a camada granulosa, seu citoplasma não sofre a transformação em cérato-hialina. A eliminação dá-se pela camada córnea, parcialmente nucleada, sob a forma de corpos redondos ou de grãos. Não se observam formas de passagens entre células Malpighianas e de Paget. O epitélio das cristas interpapilares vizinhas a essa zona contém células e núcleos volumosos e ricos de cromatina. Em tôrno da epiderme lesada há intensa infil-

tração celular de linfócitos e plasmócitos; no interior do infiltrado encontram-se numerosos capilares linfáticos calibrosos, nos quais não há vestígios de embolia carcinomatosa.

A paciente após êsses exames regressou a S. Paulo, mas, 3 anos mais tarde teve um carcinoma mamário, do qual veio a falecer. (Informação gentilmente prestada pelo Dr. Humberto Cerruti).

Parece-nos que o caso se superpõe às observações originais de Paget, nas quais o câncer sobrevinha sòmente 1 ou 2 anos após a lesão eczematiforme mamilar ("in every case which I have been able to watch, cancer of the mammary gland has followed within at the most 2 years, and usually within 1 year").

Faltou, entretanto, ao observador inglês o exame histológico comprovador da precedência das lesões epidérmicas. Geschickter (8) observou 6 casos sem tumor profundo; em todos foi feita a mamectomia radical. O exame histológico mostrou, em 3, a ausência completa de lesões epiteliomatosas nos tecidos profundos e nos gânglios linfáticos; nos 3 restantes não havia câncer mamário, porém se encontravam metástases nos gânglios linfáticos tributários.

Arzt e Kren (9), no total de 16 casos, observaram 4 com lesões epidérmicas pré-carcinomatosas; um dêles tinha a duração de 20 anos, 2 de 2 anos e 1 de apenas alguns meses, todos sem vestígios clínicos, nem histològicos de tumor profundo e adenopatias axilares. Um era de localização vulvar.

Nos casos de localização vulvar de Traub (10) e de Casper (11), a doença evolveu até o fim sem vestígios de cancerização profunda.

Diante dessa série de casos (cêrca de 29), embora nem todos indiscutíveis, não se pode deixar de reconhecer a existência de uma forma com lesão primitiva da epiderme. Como interpretá-los? Câncer, pré-câncer ou disceratose?

Acredita Gans (12) que se trate de um câncer da epiderme cujas células se transformaram em células de Paget, no sentido de uma desdiferenciação ou anaplasia. Acresce ainda que Arnd (13) achou, no citoplasma das últimas, grande quantidade de glicogênio, exatamente como na célula carcinomatosa. Os 3 casos de Geschickter (8), com metástase nos gânglios axilares, sem lesão profunda mamária, falam muito a favor desta hipótese. Arzt e Kren (9) acreditam numa lesão pré-cancerosa, produzindo posteriormente um blastoma da glândula mamária. Darier (3) e Civatte (14) defendem a conhecida teoria das disceratoses, abordada no início dêste trabalho. Kreibich (15) e outros ainda aventam a hipótese da metaplasia do epitélio basal da epiderme em melanoblastos, de modo análogo à formação das células névicas no interior da epiderme (segregação por desmólise). Civatte (14) observou, num de seus casos, aspecto semelhante ao nevocarcinoma, para o qual propôs a designação de câncer nevocarcinóide da moléstia de Paget. Masson (16) refuta esta hipótese, por entender que o pigmento penetra nessas células passivamente, como um fenô-

meno acidental, através de elementos dendríticos que com elas entram em contacto

Todos estes fatos levam a admitir que, pelo menos em certo número de casos, a célula de Paget é de origem epidérmica. A êste respeito também a controvérsias são infindáveis. Formas de transição entre células de Paget e malpighianas foram observadas por DARIER (5), CIVATTE (14), GANS (12), ARZT e KREN (9); outros negam o fato como adiante veremos. BRUNO BLOCH (17), adepto da mesma teoria, argumenta que a célula de Paget não pode ser imigrante, porque, como elemento ectodérmico, não possui ameboidismo que permita sua penetração na epiderme.

2 — Casos de câncer glandular possivelmente propagados por via canicular à epiderme

Observação n. 2 — Clínica Dermatológica (Dr. A. Pereira Rêgo):

M.R.C., 51 anos, preta, doméstica, brasileira.

Lesão eczematiforme do seio direito, mamila e aréola, datando de 6 anos. Biópsia em 28-11-1939. Fix. Bouin.

Epiderme: várias áreas de hipertrofia. Em tôdas encontram-se numerosas células arredondadas, com membrana bem nítida e núcleo volumoso e hipercromático caminhando aparentemente da profundidade para a superfície. Em um canal sudorífero, ligadas à epiderme, encontram-se numerosas células neoplásicas; a glândula correspondente, porém, está inalterada; intensa infiltração linfócito-plasmocitária, com abundância de pigmento melânico em tôrno da epiderme lesada. Não tivemos ulteriores informações sôbre o caso.

Observação n. 3 (Prof. Ramos e Silva):

M.C., branca, 30 anos, brasileira, casada, residente no Distrito Federal.

Por ocasião da consulta de um filho menor, que apresentava lesões de impetigo, a paciente aproveitou a oportunidade para examinar o seio.

O exame clínico-dermatológico demonstrou o seguinte (16-8-39): paciente robusta e sadia aparentemente; 2 filhos, sendo um de 6 e outro de 3 anos. Desde que amamentou o último filho, notou uma lesão persistente num dos seios; é uma placa crostosa, um pouco atrófica, vermelha, vagamente circinada, acompanhando todo o contôrno da mamila. Feito o diagnóstico da Doença de Paget provável, encaráramos a necessidade de biópsia, o que a doente protelou. Em 4-11-39 verificou que a lesão estava estacionária. Foi feita a biópsia que demonstrou tratar-se de um caso de Paget.

Apesar da amputação da mama feita por cirurgião altamente especializado, a paciente teve metástases generalizadas, inclusive 'a coluna vertebral, que lhe determinou a morte após muito sofrimento.

Biópsia em 6-11-39. Fix. Bouin.

Hipertrofia regular da epiderme, cuja arquitetura em geral está respeitada.

No seu interior, há numerosas células de Paget com membrana de duplo contôrno, núcleo grande com cário-membrana rugosa, cromatina abundante e, às vêzes, compacta e 2 a 3 nucléolos. Tais células encontram-se em qualquer nível da epiderme, eliminando-se pela camada córnea sob a forma de corpos redondos. Grande orla de infiltração linfócito-plasmocitária em tôrno de epitélio lesado. Ilhotas de carcinoma canalicular maciço na profundidade do derme.

Observação n. 4 (Prof. J. Mota):

W.G., 47 anos, branca, brasileira, casada.

Há 5 anos ligeira descamação da mamila direita, estado êsse que se prolongou por muito tempo. Há 1 ano atrás começou a notar eritema com exsudação, tendo a erupção marcha crônica e pouca tendência a estender-se. Já foi tratada pelos raios X com alguma melhora quanto à exsudação. Atualmente se nota uma placa bem limitada, recobrindo e ultrapassando a mamila, tendo de diâmetro 4 cm. A placa tem contro policíclico, é vermelha com ligeira descamação e exsudação e com orla elevada. Pela palpação nota-se que a placa é endurecida; na profundidade há um nódulo duro bem palpável. Não existe reação ganglionar axilar.

Biópsia em 26-2-40. Fix. Bouin.

Epiderme hipertrofiada, sobretudo nas cristas interpapilares. Notam-se na sua estrutura duas alterações: 1) células de Paget típicas, situadas desde as camadas profundas até a córnea, onde se eliminam sob a forma de corpos redondos e grãos; estão bem patentes as formas de transição entre estas e as células malpighianas, pela perda gradual dos filamentos de união e tonofibrilas; 2) ilhotas de células arredondadas, de citoplasma homogêneo e acidófilo e núcleo volumoso irregular e hipercromático, densamente grupadas no interior de camadas intra-epidérmicas; entre as ilhotas e a epiderme medeia espaço claro, vasio. Em tôrno da lesão, observa-se o habitual infiltrado linfócito-plasmocitário. Ausência de embolias epiteliomatosas no interior dos capilares linfáticos.

Observação n. 5 (Clínica Dermatológica):

F.M.F., 52 anos, branca, brasileira, doméstica, casada.

Lesão eczematiforme do seio esquerdo há 10 anos e tumoração profunda. Não há outros informes de ordem clínica.

Exame histopatológico — Biópsia em 31-1-44.

Epiderme: ligeiramente espessada em tôdas as suas camadas.

No corpo mucoso de Malpighi, encontram-se algumas células de núcleo hipercromático, localizadas na sua maioria na parte profunda; nas camadas superiores, escassas células de Paget; não se notam formas de transição. Derme papilar com intensa infiltração linfócito-plasmocitária contínua. Ausência de embolia epiteliomatosa nos linfáticos dilatados.

No córion profundo há um epitelioma canalicular maciço.

Não temos informes sôbre a evolução do caso.

Observação n. 6 — Doença de Paget extramamária (margem do ânus) (Prof. Ramos e Silva):

A.M., 60 anos, branco, brasileiro, masculino.

Doente há 8 meses, com início na região peri-anal por prurido; procurou um proctologista, que por 3 meses o tratou com medicação tópica; durante êsse tempo a lesão tornou-se infiltrada e de superfície rugosa. Neste estado procurou o Dr. Silvio D'Avila, que o enviou ao Prof. Ramos e Silva.

Tratamento: Dr. Drolhe da Costa (14-10-46): Raios X — 8.000r em doses diárias de 250r. Ulceração posterior e cicatrização da lesão. Em maio de 1949 a lesão continuava cicatrizada.

Exame histopatológico: biópsia em 19-10-46. Fix. Bouin.

Epiderme com tôdas as suas camadas conservadas, exceto em uma pequena área onde o corpo papilar é recoberto por 2-3 fiadas de epitélio malpighiano. No seu interior notam-se células de Paget sem o manto periférico, formando agrupamentos contidos no interior de cavidades irregulares ou disseminadas pela epiderme; não se vêem formas de transição.

Observa-se com nitidez, no ponto de junção das criptas glandulares com a epiderme, numerosas células volumosas de núcleo hipercromático, vindas das partes profundas.

Em tôrno da epiderme há infiltração linfócito-plasmocitária.

Proliferação papilomatosa do epitélio das criptas glandulares: as cristas salientes são providas de hastes conjuntivas centrais. O epitélio é constituído de várias camadas superpostas sem maiores alterações nucleares e citoplasmáticas. Infiltração linfócito-plasmocitária em tôrno da lesão (adeno-carcinoma-grau 1).

Nestes 5 casos havia, no momento do exame, um tumor profundo concomitante com lesões eczematiformes superficiais.

O exame histológico revelou, em todos, um carcinoma canalicular ou glandular, propagado à epiderme provàvelmente através do próprio canalículo condutor. Parece-nos ser essa a via de acesso à epiderme, uma vez que a ausência de embolias carcinomatosas nos capilares não explica a invasão por via circulatória. Casos como estes constituem a maioria do que se tem observado na Doença de Paget. A êles deve-se a hipótese, sustentada por tantos autores, do câncer glandular primitivo causando secundàriamente lesões epidérmicas.

Jacobaeus (18), Ribbert (19), Muir (20), Cheatle (21), Masson (16), Pautrier e Levy (4) e Inglis (22) são os seus mais autorizados defensores.

Sustenta-se que a lesão cutânea coexiste com o câncer profundo, já palpável. E mesmo quando êste não é evidente pelo exame clínico, o histológico, após mamectomia total, revela sua existência (Pautrier, Levy e Diss [23]).

Para quase todos êsses autores a localização do câncer primitivo é superficial: na extremidade superior do canalículo galactóforo, nos seios galactóforos, nas zonas de passagem para a epiderme da mamila ou, ainda, no trajeto intra-epitelial do canalículo (Muir, Masson e Inglis).

De acôrdo ainda com esta hipótese, o câncer primitivo pode ser de tipo especial (Inglis [22]) ou, excepcionalmente, da parte profunda do canalículo ou até do ácino glandular (Masson [16]). A propagação transcanalicular processa-se, sem maiores lesões das suas paredes, de modo a pouco modificar-lhe a espessura, deixando livre o lume central. Inglis (22) julga que a migração carcinomatosa se faça em duas direções opostas — para a superfície epidérmica e para a glândula profunda. Assim se constituiriam 2 focos distintos e descontínuos. Para Masson (16), as células do câncer primitivo caminham por movimentos amebóides ou, em virtude da multiplicação das congêneres subjacentes, de modo semelhante à ascenção das células epidérmicas, da basal à córnea. A célula de Paget seria um elemento extra-epidérmico invasor, de origem carcinomatosa.

Ainda segundo Masson (16), os tipos celulares intermediários são artefatos de má fixação. Jacobaeus (18), também a favor da matriz extra-epidérmica, encontrou paralelismo entre as dimensões das células de Paget e as do câncer profundo; nunca viu, nas primeiras, granulações de cerato-hialina. Nem todos, entretanto, aceitam a origem mamária; para Crosti (24), seria sudorípara; para Cheat-

TLE (21) e ROUSSET (6), sebácea; para WEINER (25), apócrina, nos casos extramamários. Em relação às duas primeiras matrizes, não há dados histológicos a seu favor.

Nas formas extramamárias descritas primeiro por CROCKER e colaboradores em 1888 e, em seguida por TOMMASOLI, NEISSER e DARIER, o câncer profundo pode ser concomitante ou secundário. Suas principais localizações correspondem às zonas onde as glândulas apócrinas são abundantes (genitália, axilas).

A única observação extramamária (observação n.º 6) pertence ao Prof. Ramos e Silva, a quem agradecemos a permissão para incluí-la neste trabalho. Será, por certo, objeto de futura publicação dêsse ilustre colega. Até 1948, CASPER (11) reuniu 33 dêsses casos. Podem localizar-se em várias regiões: genitália (glande, prepúcio e vulva), região anal, axila, períneo, escroto, mais raramente na pele do ventre, umbigo e face. Até hoje não foi mencionada qualquer relação com a linha mamária. Seu aspecto clínico é, em geral, eczematóide. Diz CIVATTE (14) que o epitelioma subcutâneo (glandular) precocemente faz corpo com o tegumento lesado. Como já mencionámos acima, nem todos se acompanham, entretanto, de câncer glaudular subcutâneo.

A longa duração da Doença de Paget, de 1 até 20 anos, não se coaduna com a existência de um câncer glandular primitivo e anterior, cuja evolução, como se sabe, é muito rápida. JACOBAEUS (18) e MUIR (20) alegam tratar-se de um carcinoma de baixo grau de malignidade. Os epiteliomas basocelulares, tomados como exemplo de reduzida malignidade e longa duração, jamais se comportam como o câncer de Paget, pois nunca produzem metástase. Alguns autores (CHEATTLE (21), ARZT e KREN (9), e CIVATTE [14]) acreditam que as 2 lesões, a epidérmica e a glandular, são simultâneas e autônomas, causadas talvez pelo mesmo agente.

3 — *Casos de metástase epidérmica por via linfática ou sanguínea do câncer mamário profundo*

Observação n. 7 (Prof. Eduardo Rabelo):

M.F.L., feminina, 25 anos, branca, brasileira, casada.

Doença de Paget da mamila e aréola com tumoração profunda. A doente faleceu meses após.

Exame histopatológico: biópsia em 30-9-37. Fix. Bouin.

Epiderme hipertrofiada, de modo regular; as alterações localizam-se principalmente nas partes profundas das cristas interpapilares. Aí se vêem ora pequenos acúmulos de células claras um tanto semelhantes às sebáceas, ora tais agrupamentos apresentam-se ainda com resíduos da estrutura filamentosa. Essas colônias celulares, na sua ascensão para a superfície, ajustam-se melhor ao epitélio autóctone, formando verdadeiras ilhotas e, por vêzes, se dispersam em pequenos grupos de 2 a 3 células claras, do tipo Paget. Num ponto, êsses elementos celulares misturam-se ao pigmento melânico, formando imagem que lembra o nevocarcinoma. No córion papilar justa-epidérmico, encontram-se capilares contendo no seu interior células neoplásicas.

Na parte profunda do córion observam-se ilhotas de células cúbicas, justapostas ou dispersas, de modo desordenado. Grande infiltração linfocitária em tôrno da epiderme lesada e do carcinoma profundo.

É evidente nesta observação, que as células tumorais chegaram à epiderme através da circulação. **Arzt** e **Kren** (9) acham que êsse é o meio mais freqüente de invasão epidérmica. Nem todos admitem as lesões dêsse tipo no quadro da Doença de Paget. Partidários das duas correntes (Masson, Civatte), entretanto, as aceitam.

O carcimona profundo provoca lesões na mamila e na aréola muito semelhante às formas genuínas. O exame microscópico revela, entretanto, dois aspectos novos: um, é a presença no interior de largos capilares linfáticos ou sanguíneos, peri ou justa-epidérmicos, de células epiteliomatosas isoladas ou em pequenos grupos; outro, a invasão da epiderme por grupos dêstes elementos, a princípio dentro de cavidades anfractuosas, onde se notam ainda resíduos de filamentos ou de fibrilas; posteriormente as células invasoras aumentam de número e ajustam-se melhor à cavidade, justapondo-se aos elementos locais. Ao lado dessas lesões peculiares, encontram-se típicas células de Paget em vários níveis da epiderme.

4— *Caso de continuidade entre a epiderme e o câncer glandular*

Observação n. 8 (Prof. Eduardo Rabelo):

N.S., feminina, branca, casada, 52 anos.

Doença de Paget do seio, com grande tumor profundo. Foi feita a mamectomia total; a paciente faleceu alguns meses após.

Exame histopatológico: biópsia feita em 14-7-1931. Fix. Bouin.

Epiderme hipertrofiada. Na parte profunda de algumas cristas interpapilares encontram-se grupos de células neoplásicas, algumas das quais pigmentadas. Na epiderme distante dessas formações, observam-se típicas células de Paget. Não se nota tecido de granulação com células cancerosas no interior de capilares. Em alguns cortes o carcinoma sólido profundo entra em contacto com a epiderme. Intensa infiltração linfócito-plasmocitária em tôrno das lesões. Glândulas sebáceas normais.

Casos, como e acima descrito, aparentemente estão fora dos domínios da Doença de Paget. A longa evolução (mais de 5 anos) permite entretanto supor a existência de lesões pré-cancerosas na epiderme (cujos vestígios seriam as células de Paget), seguidas do câncer profundo. Êste, pelo crescimento expansivo, viria, mais tarde, entrar em contacto com a superfície. Mas também não se pode excluir o processo de que fala **Ribbert** (19), do crescimento invasor do câncer ao lado dum epitélio do mesmo tipo.

*

* *

O exame do nosso material, as opiniões e comentários a propósito do estudo dos diferentes grupos de casos, dão-nos a convicção de não haver incompatibilidade entre as duas hipóteses opostas. Tem-se a impressão de que cada autor formou opinião de acôrdo com uma

experiência reduzida, dada a raridade da doença, e dependente, por isso, do acaso. Quando, porém, êste foi superado por um maior número de observações, as dificuldades desapareceram. Assim é que Arzt e Kren (9), com 16 observações (uma das maiores casuísticas), admitem tanto a forma pré-carcinomatosa quanto a metastática. Gans (12), do mesmo modo, afirma: "... o que tem sido descrito como Morbus de Paget não é unitário. Há, por certo, carcimonas que produzem quadro clínico idêntico. Mas, o que Paget descreveu originalmente, não é, em absoluto, um carcinoma, mas uma lesão da epiderme, autônoma e independente".

Não repugna, portanto, aceitar a formação das células de Paget tanto pelo processo autóctone, de segregação (Darier [3]), ou de metaplasia (Gans [12]), como pelo mecanismo descrito por Ribbert, da migração, para dentro da epiderme, de células de um carcinoma vizinho.

DOENÇA DE BOWEN

A dermatose pré-cancerosa, descrita por Bowen (26) em 1912, com 150 casos publicados até 1949 (Finnerud e Duncant [24]), está longe de padecer das mesmas controvérsias da sua congênere de Paget. Rocenhecem os autores as dificuldades do diagnóstico, ante o poliformismo e a variabilidade de suas manifestações. O exame histológico, entretanto, dada a existência de uma estrutura muito peculiar e característica, é um recurso seguro para sua identificação (Beck [28] e Bloch [17]). Essa estrutura, todavia, não possui a uniformidade que tão autorizadas opiniões fazem supor. A imagem histológica, tão pouco lhe é exclusivamente peculiar, pois é semelhante, senão idêntica à das outras dermites pré-cancerosas produzidas pelo alcatrão, arsênico e raios X.

Embora o objetivo dêste trabalho seja o estudo histológico, não será demais, antes de entrar no assunto, fazer um balanço nos dados do nosso material. Nêle estão incluídos 2 casos do Prof. Ramos e Silva (29), e por êle já publicados em excelente artigo, desenvolvendo outros aspectos da questão.

Dos 7 casos (2 do Prof. Ramos e Silva, 1 do Prof. Joaquim Mota, 1 do Prof. Eduardo Rabelo, 1 do Prof. F. E. Rabelo, e 1 do Prof. F. E. Rabelo e do Dr. Drolhe da Costa [30]) 4 eram do sexo feminino e 3 do masculino, 6 brancos e 1 pardo; o mais moço tinha 38 anos e o mais idoso 65; 4 oscilavam entre 60 e 65 anos. Quanto às localizações, 4 eram cutâneas e 3 na mucosa genital; um dêstes últimos, o único feminino, já sofria transformação epiteliomatosa.

Como já dissemos acima, as lesões teciduais não possuem estrutura invariável em todos os casos. Assim é que Civatte (14) descreveu a forma basocelular, cuja imagem se afasta do quadro príncipe de Bowen (26) e Darier (31). Nós, igualmente, como se verá

adiante, assinalámos em alguns casos lesões que muito se assemelham às da Doença de Paget. Mas, tanto as lesões basocelulares, como as pagetóides, combinam-se em fortes proporções significativas às de estrutura fundamental. Por tais razões, devem ser consideradas antes variações de aspecto do que genuínos tipos autônomos.

Estudaremos o nosso material, dividido em 4 grupos de casos, de acôrdo com a localização e a predominância da estrutura.

A) LOCALIZAÇÃO CUTANEA

I — *Forma clássica* (Bowen-Darier)

Observação n. 1 (Prof. Ramos e Silva [29]) em 27-8-37

C. B., branca, brasileira (E. do Rio), 43 anos, casada.

"Antecedentes hereditários e pessoais sem importância. Apresenta há cêrca de 13 anos a lesão que motiva a consulta e que já foi tratada anteriormente, por especialistas, pelos raios X e pela diatermo-coagulação. No sulco naso-geniano esquerdo encontramos uma tumoração irregular, bosselada, escura, revestida aqui e ali de descamação acastanhada. Não existe invasão ganglionar regional. Estado geral bom."

Exame histopatológico: biópsia em 27-8-37.

Hipertrofia um tanto irregular da epiderme. A parte superficial é recoberta por uma crosta que repousa diretamente sôbre o estrado malpighiano. Ausência de camada granulosa.

Com aumento forte observa-se, com mais precisão, a estrutura. A crosta superficial é formada principalmente de lâminas paraceratósicas. A hipertrofia epidérmica corre por conta da proliferação do corpo mucoso e é mais proeminente nas cristas interpapilares, cujo exagerado desenvolvimento se faz notar tanto em comprimento como em largura.

A margem do fragmento tem estrutura distinta do centro. Nela as células têm conformação mais alongada, quase fusiforme, e as tonofibrilas são fàcilmente visíveis pela coloração com a hematoxilina de Mallory. No centro, ao contrário, são de configuração poligonal, citoplasma claro, contornos bem delimitados e, na quase totalidade, segregadas das vizinhas. Os núcleos, tanto de umas como de outras, são nítidos, ricos de cromatina, arredondados ou estirados, com um ou dois nucléolos.

Afora essas lesões, observam-se numerosas mitoses típicas ou atípicas, tanto na camada basal, como na espinhosa. Na derme que circunda a lesão, infiltrado plasmocitário contínuo.

"A paciente foi submetida à electro-coagulação em 31-8-37, com recidiva posterior *in situ*. Nova diatermo-coagulação, feita por cirurgião especializado, também fracassa; a paciente retirou-se para Belo Horizonte, onde conseguiu a cura por meio da radioterapia (3.600r. sem filtro) aplicada pelo Dr. Clóvis de Castro."

Observação n. 2 (Prof. F. E. Rabelo e Dr. E. Drolhe da Costa [30]) em 4-8-42:

A. B. F., 64 anos, branca, doméstica, viúva.

Disceratose do joelho. Fix. Bouin. 4-8-42.

Exame histopatológico: biópsia em 4-8-42.

Hipertrofia das cristas interpapilares, cujas extremidades se fundem, formando tecido contínuo, incluindo acima áreas de cório papilar.

Paraceratose extensa, penetrando, em finos cones, na epiderme subjacente. Camada basal intacta. O "stratum spinosum" contém nichos de pequenas células providas de filamentos de união, e outros de células cujos núcleos são volumosos, muriformes, monstruosos ou disformes. Na parte superior ainda

do "stratum spinosum" encontram-se ilhotas de epitélio malpighiano cujas células contêm núcleos grandes, ricos em cromatina, com nucléolo, só raramente multilobulados. Esses elementos eliminam-se pela córnea sob a forma de grãos. Fissuras horizontais em dente de serra na epiderme suprabasal.

Orla de infiltração linfócito-plasmocitária envolve tôda a epiderme lesada.

Anexos epiteliais inalterados.

Correspondem os dois casos acima citados ao quadro histológico típico descrito por Bowen (26) e Darier (31).

A hipertrofia da epiderme faz-se abruptamente, sem transição, com o tecido normal. As cristas interpapilares, excessivamente longas, fundem-se umas às outras, delimitando pontas papilares um pouco acima. As alterações do epitélio malpighiano traduzem um verdadeiro estado de inquietude (Beck [28]). Suas células exibem extraordinárias variações de forma e volume. Os núcleos, em geral, grandes, irregulares, ricos de cromatina, multilobulados, são às vêzes empilhados (clumping) ou até múltiplos. Os de talhe e configuração normais também são hipercromatínicos e quase compactos. A êsse poliformismo nuclear Darier deu o nome de poiquilocarinose. Algumas células, de citoplasma alterado pelo edema e estrutura alveolar, fixam pouco os corantes adequados, adquirindo, por conseguinte, um colorido fraco. A camada córnea nucleada contém alguns grãos, resíduos das células claras que se eliminam. O aparelho filamentoso intra e extracelular é quase integralmente conservado. No caso da observação n.º 2 registramos a existência nas camadas profundas de fissuras de dente de serra, análogas às que se vêem na Doença de Darier.

II — *Forma basocelular* (Civatte)

Observação n. 3 (Prof. Ramos e Silva [29]) em 2-1-41:

M.C., branco, brasileiro (D.F.), 65 anos, professor.

Antecedentes hereditários e pessoais sem importância para o caso. Apresenta há cêrca de 2 anos na raiz do polegar direito, face dorsal, uma placa avermelhada, irregular, de superfície hiperceratósica, verrucóide, com descamação.

Exame histopatológico: biópsia em 2-1-41. Fix. Bouin.

Hiperplasia das cristas interpapilares, sem transição com o tecido normal; suas extremidades se fundem, delimitando, acima, pontos de papilas dérmicas.

Numa das metades da lesão, as cristas são de constituição basalióide, formadas de células cilíndricas e fusiformes agrupadas de modo um tanto desordenado, desprovidas de tonofibrilas e de filamentos de união, contendo núcleos bastonetiformes, ricos de cromatina. Núcleos monstruosos e mitoses raras. Camada basal, em paliçada, um tanto desorganizada. O epitélio, situado acima dessa zona basalióide, contém grupos de células de limites bem demarcados, com núcleo corado e citoplasma lacunar (células com aspecto de medula de sabugueiro). Daí para cima, recupera o corpo mucoso a estrutura normal, ficando recoberto de camada córnea nucleada (paraceratose), ausente a granulosa.

A outra metade da lesão, que no corte não atinge o tegumento normal, possui uma área basalóide profunda menos espêssa, com células de núcleos disformes, gemulantes, segmentados ou amontoados. No corpo mucoso sobre-

posto, as células têm núcleos volumosos e ricos de cromatina, com grande halo vasio, perinuclear. Eliminam-se êsses elementos pela camada superficial paraceratósica. Alguns, entretanto, sobretudo os situados nas bainhas pilosas, antes de atingirem a superfície sofrem degeneração hialina, transformando-se em glóbulos homogêneos e acidófilos.

Anexos epiteliais íntegros.

Infiltração plasmocitária contínua da derme papilar e subpapilar, em tôrno da lesão.

Na observação n.º 3 encontra-se, numa parte da lesão, a estrutura da forma basocelular, descrita por Civatte no Congresso Internacional de Câncer da Pele, realizado em Barcelona, em 1929.

A parte inferior do corpo mucoso, de estrutura basalióide, é formada de células prismáticas e fusiformes, com núcleos em bastonete, providos de abundante cromatina; núcleos monstruosos e mitoses são muito raras. Essa zona profunda é revestida de células claras, de contornos bem demarcados e citoplasma vacuolisado (aspecto de medula de sabugueiro). A camada córnea nucleada quase não contém grãos, nem corpos redondos. A infiltração plasmocitária é idêntica à da forma anterior. A outra parte da lesão aproxima-se do tipo clássico, representando, como admite Civatte, uma transição entre as duas formas melhor definidas.

III — *Forma pagetóide*

Observação n. 4 (Prof. Joaquim Mota [*]):

M. N. M. T., feminina, 63 anos, branca, brasileira, casada.

Placa numular da coxa esquerda há 1 ano. Fixadores: Bouin e formol a 10%.

Exame histopatológico: biópsia em 17-10-37.

Hipertrofia das cristas interpapilares, cujas extremidades fundidas umas às outras formam uma camada única, delimitando um pouco acima áreas de cório papilar. Camada basal, afora pequenas áreas de interrupção, bem individualizada. A elas se seguem vários estratos de pequenas células poligonais, densamente justapostas, destituídas de filamentos de união, de exíguo citoplasma e núcleos hipercromáticos, de forma e dimensões normais. Acima se encontram camadas de células claras, desprovidas de filamentos de união. As da granulosa, enormes e poligonais, contêm volumosos grânulos basófilos.

Nos limites entre a espinhosa e a granulosa, observam-se grandes células globosas claras, segregadas das vizinhas, cercada de membrana bem nítida. O citoplasma claro, homogêneo, cromófobo, possui, eventualmente, granulações de cérato-hialina. A camada córnea espessada é constituída de lâminas paraceratósicas e corpos redondos.

No cório subpapilar vêem-se raras células malpighianas isoladas ou em grupos de 2 a 3, aparentemente sem ligações com a epiderme.

Infiltração subpapilar contínua, de linfócitos e plasmócitos. Ausência de células no interior dos vasos dilatados. Glândulas sudoríparas normais.

---

[*] Caso apresentado à VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (set., 1949, Recife).

No caso acima descrito encontram-se, ao lado das alterações peculiares à Doença de Bowen, células claras, de citoplasma espumoso, sem filamentos de união, limitadas por nítida membrana periférica. A presença dêsses elementos justifica a denominação de forma pagetóide da Doença de Bowen. Não é de hoje que se notam essas semelhanças. BOWEN (26) diz que as duas doenças são distintas nas manifestações clínicas, mas "histologically the resemblance is much more close". BECK (28) fala das dificuldades de distingüí-la do Paget extramamário. FRASER (32) chega até a identificá-las. No que respeita à existência de células claras, GRZYBOWSKY (33) descreve num caso "des cellules dites à manteaux et des cellules claires". CIVATTE (14) menciona os mesmos elementos nas lesões discóides. As células claras do morbo de Bowen, quando atingem o nível da camada granulosa, são invadidas no seu citoplasma por granulações de cérato-hialina.

Na doença de Paget essas células conservam-se livres dêsses grânulos como muito bem acentua JACOBAEUS (18). Há, entre as duas, por conseguinte, essa diferença fundamental.

B) *Localização nas mucosas*

Observação n. 6 (Prof. Eduardo Rabelo) em 8-6-35:
S. R., 38 anos, branco, comerciário.
Eritroplasia do pênis há 7 anos.
Exame histopatológico: biópsia em 8-6-35.

Epiderme com hipertrofia das cristas interpapilares, que se fundem nas suas extremidades, delimitando na metade superior pontas de papilas dérmicas.

Camada córnea paraceratósica só numa das metades da peça; na outra a epiderme fica totalmente nua.

Camada basal conservada. A parte profunda de algumas cristas interpapilares é formada de células de talhe normal, com filamentos de união intactos e núcleos regulares na forma e tamanho, porém com abundante cromatina, compacta ou dispersa, deixando ver um ou dois nucléolos; só raramente a membrana nuclear é pregueada. Esses elementos atingem as camadas superiores e se eliminam pela superfície sob a forma de corpos redondos.

Infiltração peri-epidérmica, contínua, escassa e difusa, composta de linfócitos e plasmócitos.

Observação n. 7 (Dr. Osvaldo Serra) em 9-10-46:
M. R., 40 anos, branco, operário, casado, brasileiro.
Lesão papilomatosa-vegetante da folha interna do prepúcio.
Exame histopatológico: biópsia em 9-10-46. Fix. Bouin.

Hipertrofia das cristas interpapilares e do epitélio suprapapilar. As primeiras são constituídas nas extremidades de pequenas células justapostas, de limites imprecisos, com núcleo hipercromático, raramente monstruosos. Sua parte superior, bem como a epiderme suprapapilar, são formadas de células claras, bem demarcadas, com vacúolo protoplasmático. Entre elas se encontram células de grande núcleo que vêm das camadas inferiores. A superfície é revestida de camada paraceratósica, por onde se eliminam alguns corpos redondos.

Grande orla infiltrativa peri-epitelial de linfócitos e plasmócitos.

Observação n. 8 (Prof. F. E. Rabelo) em 21-12-27:

L. S. J., 62 anos, parda, viúva, brasileira.

Lesão infiltrada da vagina há 6 meses.

Exame histopatológico: biópsia em 21-12-27. Fix. Bouin.

Enorme hiperplasia de epiderme, sobretudo das cristas interpapilares que ficam longas, largas e rombas. Compõe-se a lesão de células prismáticas ou cilíndricas, de limites imprecisos, sem filamentos de união, com núcleos bastonetiformes, ricos de cromatina, providos de 1 a 2 nucléolos; raros são os núcleos monstruosos ou amontoados. Mitoses numerosas quase tôdas normais. Dentro dessa estrutura mais ou menos uniforme, encontram-se vários corpos bulbiformes, formados de volumosas células poligonais ao centro, envolvidas por outras fusiformes, dispostas concêntricamente. Não se observam globos córneos. Camada basal, conservada em quase tôda a extensão das menores cristas; nas maiores sofre desintegração parcial ou total.

Numa das extremidades da preparação já se notam formações lobuladas penetrando desordenadamente no cório.

Infiltração plasmocitária densa e contínua do cório subpapilar.

Os três casos acima relatados tanto poderiam ser incluídos na eritroplasia, como na doença de Bowen das mucosas. Não há pontos de vista uniformes a respeito das relações entre as duas afecções. Enquanto CIVATTE (14) acha "que les deux termes désignent la même affection", outros as mantêm distintas e autonômas (JADASSOHN [34], MONTGOMERY e ORMSBY [35]. MACKEE e CIPOLLARO (36) atribuem à eritoplasia duas fases evolutivas, a primeira puramente hiperplástica e a segunda bowenóide. Quem lê a descrição de FOURNIER e DARIER (37), do primeiro caso de eritroplasia, reconhece logo a identidade das suas lesões com as do morbo de Bowen das mucosas.

Há, de fato, nas lesões mucosas, hiperplasia das cristas interpapilares e estrutura basalióide na parte profunda; suas células, de núcleos ricos de cromatina, têm forma e dimensões normais. Entre elas observam-se numerosos corpos bulbiformes. A parte média é constituída de células claras, bem delimitadas, de citoplasma vacuolizado. A superfície é nua, ou revestida da camada paraceratósica com raros grãos. A infiltração linfócito-plasmocitária do cório superficial é idêntica à das formas anteriormente descritas. Assemelham-se muito à forma basocelular de Civatte.

Um dos nossos casos (Obs. n. 8), cuja evolução ulterior ignoramos, tinha lesões que denunciavam o início de transformação em epitelioma espinocelular. A transformação tanto se pode operar neste tipo, como no basocelular. Ainda há a possibilidade de fazer-se "ex-abrupto" num tumor de alto grau de malignidade, como no caso de DARIER (31). O de SEQUEIRA (38) reuniu tôdas as possibilidades evolutivas: o mesmo paciente apresentava simultâneamente lesões pré-cancerosas de Bowen e epiteliomas baso e espinocelulares.

Parece fora de dúvida que a doença de Bowen seja, como propôs seu autor, uma pré-cancerose. Êste caráter é indubitável, em virtude
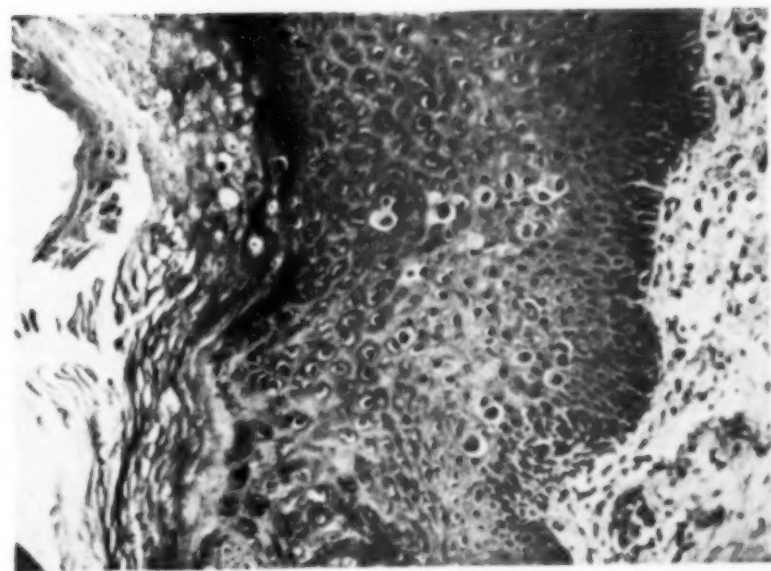
Fig. 1 — Doença de Paget pré-cancerosa, Obs. n. 1. X 200
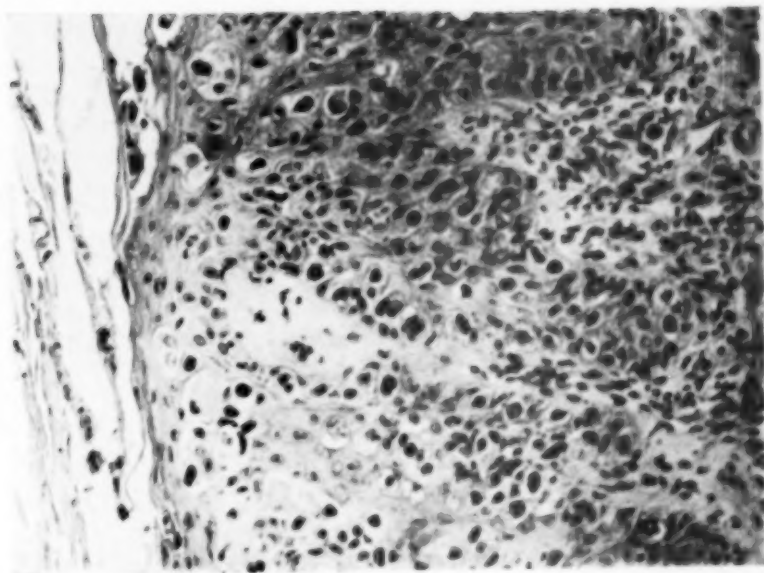
Fig. 2 — Doença de Paget mamária, com câncer glandular simultâneo. Obs. 4. X 200

Fig. 3 — Doença de Paget. Obs. n. 7. Embolias carcinomatosas à esquerda (em cima e em baixo). X 200
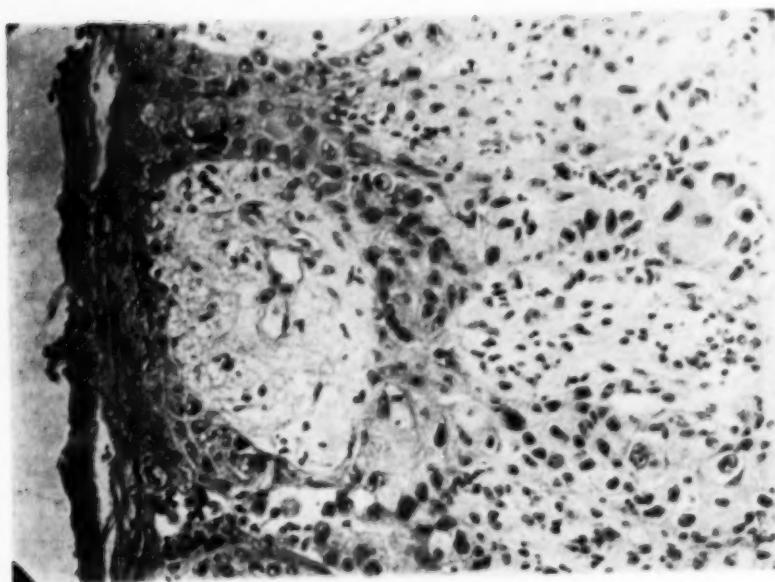
Fig. 4 — Doença de Paget. Obs. n. 8. Câncer glandular em continuidade com a epiderme. Noutros cortes, típicas células de Paget. X 200

de sua capacidade de *transformação* nas duas variedades de epiteliomas cutâneos. O mesmo não acontece com os epiteliomas qualquer que seja seu tipo histológico. Carecem êsses tumores da aptidão de metamorfose. Na sua evolução pode haver, no máximo, agravação da malignidade. Um epitelioma basocelular nunca se converte num espinocelur, nem noutro qualquer blastoma; tão pouco a recíproca é verdadeira. O espinocelular pode passar do grau I para o II ou o IV, mas não para outro tipo de blastoma. O fato de as formas estacionárias da doença de Bowen terem evolução semelhante à do epitelioma basocelular não implica necessàriamente em incluí-la na categoria dos epiteliomas. O basocelular ocupa uma situação "sui-generis" entre os blastomas. Sua morosa evolução, sua malignidade reduzida e puramente local, sua incapacidade de produzir metástases fazem dêle uma verdadeira exceção entre os cânceres. Está longe, por conseguinte, de representar um arquétipo, que arraste para sua categoria anátomo-clínica as lesões que a êle se assemelham. Os fatos experimentais também trazem precioso ensinamento. Bloch e Dreifuss (39) observaram, na pele dos ratos pincelada com alcatrão, *antes da cancerização*, lesões epidérmicas idênticas às da doença de Bowen.

Ao encerrarmos estas linhas, expressamos nossos agradecimentos aos colegas que com tão elevado espírito de cooperação, nos forneceram dados mui úteis e preciosos, sem os quais seria impossível a confecção dêste trabalho. Destacamos, no nosso reconhecimento, os nomes dos Professores J. Ramos e Silva, Joaquim Mota e Humberto Cerrutti, que nos franquearam até observações da clientela particular.

RESUMO E CONCLUSÕES

1 — São estudados no presente trabalho 8 casos de doença de Paget e 7 da de Bowen.

2 — Num dos casos de doença de Paget havia, no início, apenas lesões tegumentares; 3 anos mais tarde veio a manifestar-se o carcinoma glandular. Em 5 casos existiam simultâneamente, no momento do exame, lesões tegumentares e carcinomatosas. As últimas pareciam propagadas à epiderme por via intra-canalicular. Noutro caso, com as mesmas lesões, processou-se a invasão da epiderme através dos capilares linfáticos. No último caso da série, havia continuidade entre a lesão cutânea e a carcinomatosa.

3 — Baseados nessas observações e de acôrdo com Arzt e Kren, os autores são de parecer que a doença de Paget tanto pode ser primitiva do tegumento (pré-cancerosa), como da glândula (cancerosa); neste último caso, as lesões cutâneas resultam de propagação à epiderme do câncer mamário.

4 — Os 7 casos de doença de Bowen foram estudados em 4 grupos: 2 da forma histológica clássica (Bowen-Darier); 1 da forma basocelular (Civatte); 1 da forma pagetóide (proposta pelos autores); 3 da mucosa genital (eritroplasia). Só um caso do último grupo sofria transformação epiteliomatosa. As formas histológicas descritas não representam tipos anátomo-clínicos autônomos. São, apenas, variações da estrutura. A eritroplasia é considerada doença de Bowen das mucosas.

5 — A doença de Bowen é pré-cancerosa, uma vez que só se transforma em câncer o que ainda não é câncer.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1 — Eight cases of Paget's and seven of Bowen's disease were studied in this paper.

2 — *Paget's disease*: — 1 case showed only skin lesion in the beginning, but, after 3 years, a glandular carcinom developped. Five cases presented, at the moment of the examination, both skin and glandular (carcinoma) lesions. The latter appeared to be propagated to the epidermis by intraduct way. The seventh case showed both skin and glandular lesions, but the propagation from the gland to the epidermis was made by lymphatic capillary vessels. The eighth case showed continuity between the skin and the glandular lesions.

3 — Based in their observations and agreeing with Arzt and Kren, the authors think that Paget's disease may be primitive either of the skin (precancer) or of the gland (cancer); in the latter case, the cutaneous lesions are due to the propagation of the mammary cancer to the epidermis.

4 — *Bowen's disease*: — The 7 cases were divided in 4 groups: 2 cases having the classic histopathological picture (Bowen-Darier); 1 case of the basal-cell form (Civatte); 1 case of the pagetoid picture (this form is proposed by the authors); 3 cases of the genital mucosa (erythroplasia). Only one case of the last group showed epitheliomatous change. These histopathological pictures do not represent autonomous anatomo-clinical types; they represent only histological variations. The authors consider erythroplasia as a Bowen disease's of the mucous membranes.

5 — Bowen's disease is a precancerous condition and so may go on to a cancer.

CITAÇÕES

1 — Gans, O. In Jadassohn — Handbuch der haut-und geschlechts-krankheiten, Berlin, Julius Springer, 1932, vol. 4, fasc. 3, pag. 26.

2 — Rost, G. A. — Enfermedades de la piel (tradução castelhana do Dr. Ignacio Bofill), Barcelona, Editorial Labor S. A., 1928, pag. 402.

3 — Darier, J. — Précis de Dermatologie, 4.ª ed., Paris, Massou & Cie., 1928, pags. 289 e seguintes.

4 — Pautrier, L. M., e Levy, G. — Considérations sur la dyskératose et le groupe des affections dites dyskératosiques — Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. (Réunion Dermat. de Strasbourg) 32:19, 1925.

5 — Darier, J. — Note sur la dyskératose, en particulier dans la "Maladie de Paget" — Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. (Réunion Dermat. de Strasbourg) 32:1, 1925.

6 — Rousset, J. — Les dyskératinisations épithéliomateuses — Paris, Masson & Cie., 1931, pags. 19 a 24.

7 — Cutler, Max, e Buscke, Franz — Cancer, its diagnosis and its treatment — Filadélfia, W. B. Saunders Co., 1939 — pags. 500 a 505.

8 — Geschickter, Charles F. — Diseases of the breast — Filadélfia, J. B. Lippincott Co., 1943, pags. 549 a 560.

9 — Arzt, L. & Kren, O. — Die Paget's disease mit besonderer berücksichtigung ihrer Pathogenese — Arch. f. Dermat. u. Syph., 148:284, 1925.

10 — Traub, E. F. — Paget's disease of the vulva — Arch. Dermat. & Syph., 48:559 (nov.), 1943.

11 — Casper, W. A. — Paget's disease of the vulva — Arch. Dermat. & Syph., 57:668 (abr.), 1948.

12 — Gans, O. — Histopathologie der hautkrankheiten, Berlin, Julius Springer, 1928, vol. 2, pags. 360 a 373.
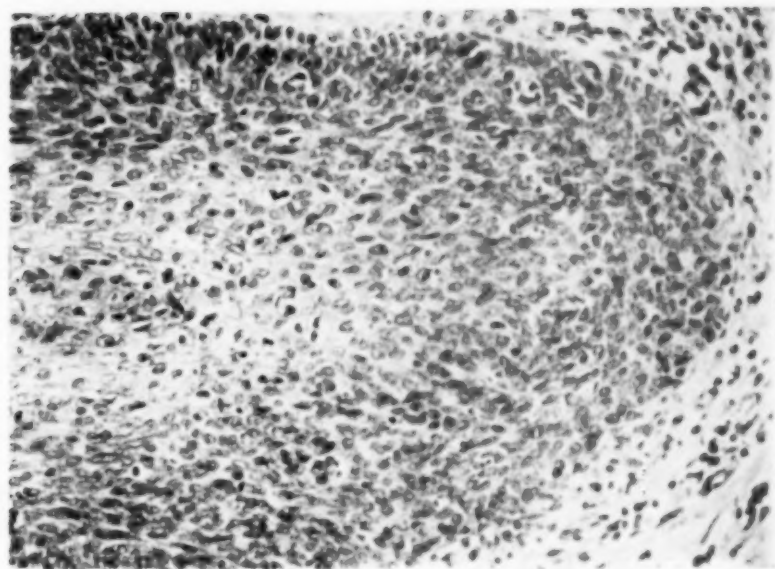
Fig. 6 — Doença de Bowen. Forma baso-celular (Civatte). Obs. n. 3. X 200

Fig. 5 — Doença de Bowen. Forma Bowen-Darier. Obs. n. 1. X 100

Fig. 8 — Doença de Bowen. Obs. n. 4. Forma pagetóide. Grande célula segregada, contendo granulações de cerato-hialina, revestida de nítida membrana. X 200

Fig. 7 — Doença de Bowen. Obs. n. 4. Forma pagetóide. X 200

13 — Arnd — citado por Gans (12).

14 — Civatte, A. — Nouvelle pratique dermatologique. Paris, Masson & Cie., 1936, vol. 6, pags. 664 a 684 e 636 a 663.

15 — Kreibich, C. — citado por Gans (12).

16 — Masson, P — Considérations sur la maladie de Paget. — Bull. Soc. franç. de dermat. et syph. (Réunion Dermat. de Strasbourg), 32:6, 1925.

17 — Bloch, B. — Cancer and precancerous affections from the dermatological view point — Cancer Review, 7:65 (fev.), 1932.

18 — Jacobaeus, H. C. — Paget's disease und sein verhältniss zum milchdrüsenkarzinom. — Virchows Arch. f. path. Anat., 178:124, 1904.

19 — Ribbert, H. — Das karzinoma des menschen, sein bau, sein wachstum. Bonn., Friedrich Cohen, 1911, pags. 214-216 e 250-259.

20 — Muir, Robert — Paget's disease of the nipple and its relationships — J. Path. & Bact., 30:451, 1927.

21 — Cheattle, L. — citado por Cutler e Buscke (7).

22 — Inglis, Keith — Paget's disease of the nipple, with special references to the changes in the ducts — Am. J. Path., 22:1 (jan.), 1946.

23 — Pautrier, L. M., Levy, G. et Diss, A. — Maladie de Paget du sein, cancer canaliculaire épidermotrope verifié histologiquement après extirpation chirurgicale du sein. — Bull. Soc. franç. de dermat. et syph., 33:261, 1926.

24 — Crosti, A. — La Maladie de Paget — Gior. ital. dermat. e sif., 73:1021 (jun.), 1932. Apud Ann. de dermat. et syph., pags. 952,1932.

25 — Weiner — Paget's disease of the skin and its relation to carcinoma of the apocrine sweat glands. — Am. J. Cancer, 21:273 (nov.), 1937.

26 — Bowen, J. T. — A study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. — Journal Cutan. Dis., 30:241 (maio), 1912.

27 — Finnerud, C. W. e Duncan, E. T. — Bowen's precancerous dermatosis. — M. Clin. North America, 33:125 (jan.), 1949.

28 — Beck, S. C. — in J. Jadasshon — Handbuch der haut-und geschlechtskrankheiten, Berlin, Julius Springer, 1933, vol. 12, fasc. 3, pag. 433 a 440.

29 — Ramos e Silva, J. — Doença de Bowen — Brasil-med., 61:135 (abr.), 1947.

30 — F. E. Rabelo e E. Drolhe da Costa — Doença de Bowen. — An. brasil. de dermat. e sif., 18:105 (dez.), 1942.

31 — Darier, J. — La dermatose précancereuse de Bowen. Dyskératose lenticulaire et en disques — Ann. de dermat. et syph., 449, 1914-1915.

32 — Fraser, J. F. — Bowen's disease and Paget's Disease of the nipple. — Arch. Dermat. & Syph., 18:809 (dez.), 1928.

33 — Grzybowski — L'évolution du cancer de la Maladie de Bowen — Ann. de dermat. et syph., 196 (mar.), 1933.

34 — Jadassohn, J. — Dermatologie — Ostrau, Julius Kittls Nachf, 1938, pag. 479.

35 — Ormsby, O. e Montgomery, H. — Compêndio de Dermatologia. Tradução portuguêsa de Rubem D. Azulay e Randoval Montenegro. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1947, pag. 762-763.

36 — Mackee, G. M. e Cipollaro, A. C. — Cutaneous cancer and precancer — New York, American Journal of Cancer, 1937, pags. 11 a 15.

37 — Fournier, A. e Darier, J. — Epithéliome bénin syphiloide de la verge — Ann. de dermat. et syph., 613, 1893.

38 — Sequeira, J. H. — Multiple carcinoma of the skin: "precancerous dermatosis of Bowen" — British J. Dermat., 33:173 (maio), 1921.

39 — Bloch, B. e Dreyfuss — citado por Bloch, B. (17).

Endereço dos autores: (H.P.) rua Prudente de Morais, 1.189 (Rio) e (R.D.A.) rua 5 de Julho, 88 (Rio).

Sôbre uma nova modalidade de irradiação ultravioleta no tratamento da psoríase

Armin Niemeyer

Em grande número são os tratamentos propostos para a psoríase. Dão resultado em alguns casos, mas falham todos êles, muitas vêzes, continuando assim a psoríase a ser a cruz do dermatologista.

O problema da etiologia da psoríase continua, ainda, sem solução. Mas, qualquer que seja a hipótese aceita (genodermatose, diátese psoriática, distúrbios metabólicos, alergia, ultravirus, etc.) todos os autores admitem a existência de um terreno propício ao desenvolvimento da dermatose, — o "terreno psoriático".

A helioterapia, já há muitos séculos, é empregada na psoríase, justamente para modificar o terreno psoriático. Todos os psoriáticos sabem como lhes é benéfico o sol. Êles voltam melhores de uma estada na praia para onde, muitas vêzes, não vão, por vergonha de mostrar as suas lesões. E' um hábito muito bom de, tendo-se conseguido curar um psoriático, enviá-lo à praia para consolidar a cura, e êle voltar bem moreno do sol, com o máximo de pigmentação possível.

Entretanto, têm sido descritos casos, em que uma exposição intempestiva ao sol tem provocado o aparecimento de novas eflorescências, até uma erupção generalizada e violenta. A prudência manda, pois, aplicar doses progressivas.

Há autores que usam o têrmo "helioterapia" só para os banhos de sol, e "actinoterapia" para os raios ultravioletas. Isto é um pouco arbitrário, pois o têrmo "helioterapia" (que quer dizer terapêutica pelos raios de luz, tanto os visíveis, como os invisíveis) deve compreender, a rigor, todos os raios do espectro solar (de comprimento de onda de 3.000 a 10.000 unidades Angstrom) e mais os raios infravermelhos (os curtos de 7.000 a 15.000 A° e os longos de 15.000 a

---

(*) Apresentado como nota prévia na sessão de 8-12-49 da Secção do Rio Grande do Sul da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

120.000 A°) e, pelo outro lado, os raios ultravioletas (abaixo de 4.000 A° até 2.000; os raios abaixo de 2.000 A° não penetram mais na pele).

A unidade Angstrom, assinalada geralmente pelo sinal "A°" (outros usam "U. A." ou "A. U."), corresponde a 1/10 mm, isto é, um décimo de mili-micron.

Comprimento de onda dos diversos raios de espectro eletromagnético:

Raios cósmicos	0,0001	A°
Raios Gamma	0,01-1,4	A°
Raios X	1,4-120	A°
Ultravioleta muito baixa	120-2000	A°
Ultravioleta curta	2000-2900	A°
Ultravioleta longa	2900-4000	A°
Raios de luz visíveis	3900-7700	A°
Violeta	4000-4500	A°
Azul	4500-5000	A°
Verde	5000-5500	A°
Amarelo	5500-6000	A°
Laranja	6000-6500	A°
Vermelho	6500-8000	A°
R. Infravermelhos curtos	7700-15000	A°
R. Infravermelhos longos	15000-130000	A°
Alta freqüência:		
Diatermia de ondas curtas	3 - 30	metros
Diatermia de ondas longas	300	metros
Ondas hertzianas	1 cm - 30000	metros

Ação física das várias porções do espectro luminoso:

Ação fisiológica dos raios ultravioleta:

2400-2500-2600-2700-2800-2900-3000-3100-3200-3300-3400-3500-3600-3700-3800-400

2400-2650
eritema forte

3000-3200
máximo de pigmentação
2900-3100
máximo de eritema

3900
pigmentação ?
3800-4000
eritema ?

2500-3100
máximo de efeitos biológicos e anti-raquíticos.

O papel do pigmento cutâneo no organismo.

E' fato por todos sabido que as irradiações repetidas com sol ou raios ultravioleta em doses de eritema causam pigmentações, que

consistem em depósitos de grânulos de melanina, na camada basal da epiderme.

Constataram os pesquisadores que o máximo de pigmentação está entre 3000 e 3200 A°, e nós acreditamos que, também, esteja entre 3800 e 4000 A°, exatamente onde coincidem os raios do sol e os raios ultravioletas. Eritema e pigmentação só estão associados nos raios ultravioletas de ondas mais longas. As ondas de 2500 e 2700 A° produzem forte eritema mas não são seguidos de pigmentação. Êste é o caso das "Cold Quartz Lamps", que dão no espectro uma faixa de 2650 A°. Está-se vendo, pois, que há grande vantagem em se conhecer bem o espectro de uma determinada lâmpada ultravioleta para saber quais os resultados que ela poderá produzir.

E', também, fato sabido que estimulações outras, como fricções repetidas e outras irritações mecânicas, podem, também, trazer depósito de pigmento na pele. Os raios de calor e os infravermelhos, outrossim, provocam pigmentação, mas esta não é uniforme como a da ultravioleta, e, sim, em rêde ou em placas salpicadas ("mottled"). Aliás, somos de opinião que uma pigmentação bastante forte, também, pode ser produzida pelos raios infravermelhos muito curtos. Aliás, os raios infravermelhos, quanto mais longos são, mais calor produzem, menos penetrantes êles são e mais irritantes para a pele. São êsses raios que produzem super-aquecimento e insolação ("over-heating") e os raios muito longos "cozinham" a pele.

O papel da pigmentação no organismo ainda é matéria de controvérsia. Há quem considere a formação do pigmento e a cura, isto é, o benefício tirado da energia luminosa como independente uma da outra, fenômenos coordenados, progredindo, apenas, na mesma direção. Em todo o caso, a formação do pigmento é indicador da ação conseguida e pode ser usada como medida para o tratamento. E' universalmente aceita a acepção que o pigmento, formado pelos raios luminosos, serve para proteger as partes mais profundas contra êsses mesmos raios. E, também, que o pigmento favorece a absorção da energia, transformando uma superfície branca, refletora, em uma superfície escura, absorvente.

Vamos ver, agora, a aplicação terapêutica das diversas ondas do espectro eletro-magnético.

Os raios cósmicos e as ondas hertzianas ainda não encontraram aplicação em terapêutica.

Os raios infravermelhos são sem valor na psoríase; quando não a agravam, pelo menos, não a melhoram.

Muito efetivos são só os raios X (radioterapia superficial ou semi-penetrante). Mas os raios X têm dois defeitos: primeiro, as recidivas fáceis; a recaída é quase certa, as placas reaparecem, nos mesmos lugares, dentro de 2 a 6 meses; segundo, há o perigo da radiodermite, pelas radioterapias prolongadas, ou séries repetidas, ain-

da mais, não se sabendo a dose aplicada pelo médico antecessor, no tratamento. E', porém, um método rápido a ser usado na clínica elegante, naqueles que querem ir à praia sem ter que mostrar as crostas, tão feias.

Os raios de Bucky (raios X moles) foram usados por diversos autores. São muito efetivos e, com êles, é menor o perigo das radiodermites. E', porém, um tratamento dispendioso e complicado, e tendo o mesmo defeito da radioterapia: as recidivas fáceis.

O radium também pode ser usado, mas achamos que ele deve ser reservado para outros fins. Alguns autores empregam, com sucesso, as emanações do radium (radon) e o torium X, não obteníveis no Brasil.

Resta-nos, pois, estudar a helioterapia (sol), que, como já vimos, algum proveito sempre dá, e a actinoterapia (ultravioleta), com a qual se consegue com esfôrço e persistência, relativos resultados. Mas, muitos casos, apenas melhoram; outros, até são refratários.

Está muito em moda, atualmente, associar-se a actinoterapia aos fotocatalizadores, isto é, provocar, por diversas substâncias químicas, aplicadas externa ou internamente, a fotossensibilização. Ora, a eosina e o ácido crisofânico, empregados, há longos anos, como tópicos, na psoríase, são fotocatalizadores. Os primeiros fotossensibilizantes usados junto com a ultravioleta, foram as anilinas. Muitas injeções intravenosas de Trypaflavina fizemos há 20 anos passados nos nossos psoriáticos, fazendo seguí-las de ultravioletaterapia.

O processo mais usado, atualmente, é o método de Goeckermann, (1), que usa o alcatrão de hulha, externamente, como fotossensibilizado à ultravioleta (lâmpada de quartzo ao arco de mercúrio). Êste processo teve repercussão universal. Há casos, que melhoram, desde o começo do tratamento, podendo, até, as artropatias psoriáticas regredir, simultâneamente, com a erupção. Mas, mesmo assim, vimos em diversos hospitais dos Estados Unidos, onde mais está divulgado êste método, casos resistirem a esta terapêutica durante meses.

Faltava-nos, pois, até agora, um processo fisioterápico seguro, rápido, fácil de aplicar e isento de perigos. E pensamos ter encontrado isto em uma nova modalidade, de aplicação dos raios ultravioleta, até agora, não empregada nos consultórios médicos.

Vamos passar em revista, agora, os diversos tipos de lâmpada ultravioleta usados até hoje.

Lâmpadas de arco de carvão

Foram as primeiras usadas. As de carvão C são ricas em ultravioleta, as de carvão E ricas em infravermelho. As de carvão simples são as mais parecidas com o espectro solar. Finsen obteve grandes sucessos no lupus, filtrando os raios de calor no seu complicado apa-

rêlho, com água circulante. Mas, apesar de serem bastante efetivas, as lâmpadas de carvão estão fora de uso, porque consomem muita corrente elétrica, e os carvões, gastando-se ràpidamente, dão muito trabalho no seu reajustamento e na recolocação.

Lâmpadas de quartzo com arco de mercúrio.

O "queimador" consiste em um tubo de quartzo fundido, contendo grande quantidade de mercúrio, que, emborcado, corre através do vácuo, deixando vapores que completam o circuito. O mercúrio incandescente é o mais poderoso gerador de raios ultravioleta que conhecemos. Estas lâmpadas, também, são as chamadas "lâmpadas de quartzo quentes" ("hot quartz lamps".) Êste tipo de lâmpada é o mais usado em todo o mundo. Emite muito pouca radiação infra-vermelha, de raios muito curtos, uma grande quantidade de radiação ultravioleta da parte mais baixa do espectro luminoso visível e uma apreciável quantidade de raios ultravioleta puros. Mais ou menos 10 % da irradiação total é de comprimento de onda abaixo de 2.900 A°, inteiramente ausentes na luz do sol, mesmo do mar e das montanhas.

Lâmpadas de raios ultravioleta a gaz.

Êste, é um tipo novo que os americanos introduziram, baseando-se no princípio de que os gazes ionisados emitem raios ultravioleta. Tem a vantagem de ser acionado por uma simples chave de luz elétrica, não necessitando, assim, manêjo um tanto complicado. Assim mesmo, os tubos de quartzo, ou de um vidro especial, contêm uma pequena quantidade de mercúrio, que, imediatamente vaporisado, emite um brilhante arco luminoso.

Apesar das firmas fabricantes dizerem que a distribuição do espectro destas lâmpadas é similar às das "lâmpadas de quartzo quentes", nós, pessoalmente, não gostamos muito dêste tipo de lâmpada. Ela é mais irritante para a pele do que as velhas "lâmpadas de quartzo quentes", e encontramos psoriáticos, que as suportam mal, piorando. Temos tido, porém, sucessos rápidos, com estas lâmpadas, em casos de pitiriasis versicolor, onde parece que êste tipo de lâmpada tem uma indicação tôda especial.

Lâmpada de Kromayer ("lâmpadas refrigeradas a água").

Aplicadas sob pressão, através de um manto de água corrente. Recentemente, entraram em uso as "Aero-Kromayer", refrigeradas pelo ar, em lugar de água. As lâmpadas de Kromayer têm suas indicações bem especiais, para tratamentos locais (manchas de nascença, etc.). Elas não têm aprovado na psoríase.

Luz de Wood.

A chamada luz preta. De um comprimento de onda acima de .. 3.200 A° e abaixo de 3.800 A°, esta luz, invisível, provoca a fluorescência de certos cogumelos e de várias substâncias; é, pois, altamente valiosa para diversos diagnósticos. Mas, não tem utilização em terapêutica.

"Lâmpadas de quartzo frias" ("Cod quartz lamps").

A estas lâmpadas, novíssimas, está reservado um grande futuro, como bactericidas, e para a esterilização do ar. São produzidas pela passagem de uma corrente de alta voltagem (2.500 volts) por um pequeno tubo de quartzo, contendo mercúrio e gaz neon. O consumo de corrente elétrica, assim, é muito pequeno, e a lâmpada, conservando-se fria, pode ser trazida em contato com a pele e os orifícios naturais. Seu espectro está na linha de 2.537 A°. Ela produz forte eritema da pele, seguido de exfoliação, sem pigmentação consecutiva. Talvez, e justamente por esta razão, seja inefetiva na psoríase. Em experiência, que fizemos em vários casos, vimos uma rápida exfoliação das crostas, seguida de imediata recidiva. Pela mesma razão indicada (exfoliação poderosa, sem pigmentação consecutiva), os americanos usam esta lâmpada para as curas de exfoliação da pele ("peeling").

Lâmpadas por indução de alta-frequência.

Podem ser ligadas a qualquer máquina de diatermia ou de ondas curtas. A corrente de alta voltagem (5.000 volts), circundando um bulbo de quartzo, e contendo uma gôta de mercúrio, faz eliminá-lo por indução. Estas lâmpadas não ocupam espaço, são fáceis de manejar, e quase todos os médicos possuem, hoje em dia, um aparêlho de diatermia ou de ondas curtas. A luz é muito intensa e o espectro é, essencialmente, o mesmo das "hot quartz lamps" antigas. Seu custo é barato, e, por isto talvez, o uso dêste tipo se generalize no futuro.

Radiação ultravioleta produzida por lâmpada de filamento.

Afinal, estamos chegando ao tipo de lâmpada que está em foco para o nosso caso. Até há pouco tempo não se conseguia produzir raios ultravioleta por simples lâmpadas de filamento. Os filamentos das lâmpadas comuns são, geralmente, de tungstênio, que, incandescente, não emite raios ultravioleta. Conseguiram, porém, algumas firmas americanas, entre elas a "General Electric" (das firmas, que fabricam êste tipo de lâmpada pelo menos, a mais conhecida), construir filamentos, provàvelmente, introduzindo, na liga metálica, um pouco de mercúrio, que, incandescentes, emitem raios parecidos com o espec-

tro solar e, após alguns minutos de acesos, começam a emitir uma certa quantidade de raios ultravioleta. São chamados "lâmpadas solares com raios ultravioleta" ("sun lamps, with ultraviolet"). Estão muito em voga nos Estados Unidos para uso caseiro, para pigmentar a pele das pessoas, que não têm recurso ou tempo para irem às praias nas férias. Os pediatras, também, recomendam, a seus clientes, abastados, comprar uma lâmpada destas, para banhos de sol fortificantes, nas crianças, mesmo as de berço. Diz Kovacs (2), campeão da fisioterapia norte-americana: "These lamps serve principally for home use as a source of radiation similar to sunlight". E, mais adiante, no mesmo livro: "They are usefull devices for home treatment under competent medical supervision". Infelizmente, porém, elas, nos Estados Unidos, estão completamente na mão dos leigos, os médicos pouco se têm importado com elas, a não ser alguns institutos de beleza e talvez alguns clubes esportivos que as usam para pigmentar a pele de seus clientes. De fato, de todos os modelos de lâmpada para radiação ultravioleta conhecidos é êste que mais pigmenta, e, talvez esteja aí a razão de seu sucesso, no tratamento da psoríase.

O bulbo tem o formato de uma simples lâmpada elétrica de luz, formato em pêra, idêntico aos bulbos de luz infravermelha. Os raios emitidos são uma combinação da radiação do tungstênio (desde 3.650 A°, através do espectro visível até o infravermelho muito curto) com a radiação do mercúrio incandescente, em fortes faixas, entre 2.800 e 4.050 A°. O bulbo de vidro "Corex D" absorve tôdas as irradiações mais curtas que 2.800 A°, as quais, apenas, dão eritema e não pigmentação. Só isto é que conseguimos saber sôbre a composição da irradiação destas lâmpadas. Será necessário um estudo mais aprofundado das suas qualidades físicas, e se elas não emitem alguns outros raios, cuja ação fiisológica ainda não foi estudada.

Aliás, somos de opinião que cada faixa do espectro possa ter uma ação fisiológica diferente, às vêzes, tôda especial: matéria para pesquisas futuras.

Foi em julho de 1949, que resolvemos aplicar, pela primeira vez, a "lâmpada solar" ("sun lamp") na psoríase, no caso de uma moça (I. S. bras., solt., 24 anos, caseira), que já tem feito todos os tratamentos imagináveis, inclusive estação em Poços de Caldas, donde voltou quase boa. Há muitos anos, teve, pela auto-hemoterapia, um surto grave de generalização e, em 1947, por excesso de arsênico, teve uma eritrodermia generalizada, quando apresentamos o caso à Secção do Rio Grande do Sul da Soc. Brasil. de Dermat. e Sif. Nós, mesmos, já estamos tratando do caso há vários anos, e ela já estava cansada de tanta radioterapia, banhos de sol e ultravioleta, sendo que, desta última, ela fez centenas, nos últimos anos. Melhorava com estas diversas irradiações, mas voltava a ter o corpo cheio de eflorescências, placas confluentes, principalmente, no tronco e nas extremidades. Qual não foi o nosso espanto, quando, logo nas primeiras aplicações, as placas desapareceram e a pele se pigmentava intensamente.

Desde então, até agora, temos tratado 22 psoriáticos, todos com muito bons resultados. Mas, como na maioria dos clientes, temos feito comprar a lâmpada para uso em casa, de alguns só temos tido notícia por parentes e vizinhos. Mas, todos ou já estão aparentemente curados ou, pelo menos, muito melhorados. O processo é novo. Estamos continuando as nossas observações; é preciso saber se, de fato, há uma cura definitiva ou, apenas, o desaparecimento temporário das lesões. Mas, mesmo neste caso, o processo seria de uma utilidade incomensurável. Na psoríase, mesmo, é prudente nunca se falar em "cura" e sempre, em "remissão". E' evidente, pois, que o que se consegue, com êste processo, é a remissão das placas da psoríase.

Apresentamos estas nosas observações como "nota prévia" à Soc. Brasil. de Dermat. e Sif. (Secção do Rio Grande do Sul), na sua última reunião de 1949 (18-12-1949), para que os colegas verificassem e confirmassem os resultados obtidos, o que constitui, também, a razão dêste artigo.

O defeito do processo é o tempo que se perde. As zonas de aplicação são pequenas e a lâmpada não deve ficar acêsa mais do que 15 minutos. Por esta razão, mandamos os clientes comprar uma lâmpada (que, aliás não é cara, custando, de momento, entre 500 a 700 cruzeiros, ou, por abuso, até 900, aqui), pelo menos nos casos de psoríase generalizada e fazer as aplicações em casa, podendo fazê-las até 3 vêzes ao dia, em zonas diferentes, cada vez.

A mesma zona só deverá ser repetida depois de 48 horas. No dia seguinte, aparece um eritema intenso e, no segundo dia, a pigmentação. O bulbo de luz deve distar da pele um palmo (22 cm.). E', esta a distância que temos achado como sendo a melhor. E' preciso deixar a lâmpada, primeiro, queimar 5 minutos sem aplicá-la, pois, só então, é que ela começa a emitir raios ultravioleta. Depois, pode-se fazer 2 zonas, a 5 minutos cada uma. As zonas não têm diâmetro maior do que 20 cm. E' preciso apagar, então, a lâmpada (após, 15 minutos de uso), porque seu tempo de vida é limitado. Dizem as fábricas ser até de mil horas, quando se tem êste cuidado.

Chamo a atenção sôbre um outro ponto: fazer as aplicações logo fortes, no máximo, isto é, 5 minutos. Eritemas violentos e pigmentações intensas. Está errado querer começar com doses muito pequenas. Talvez na face, e nas pessoas hipersensíveis à luz, se possa fazer, na primeira vez, uma dose de 1 ou 2 minutos para tatear o terreno.

Fora da psoríase temos aplicado a lâmpada em 3 casos de paraqueratose psoriasiforme. O primeiro (E. W., inglês, 52 a., cas., gerente de casa comercial) fôra tratado por nós há um ano, com radioterapia, aplicações tópicas e piretoterapia (inj. intravenosas de vacina "termogênio"), com cura dentro de 3 meses. Agora, tendo uma recaída, curou com 3 aplicações em cada zona. A localização foi no couro cabeludo, fronte, peito, nuca e braço D, um pouco acima do co-

tovelo. Recomendamos-lhe que continuasse usando a lâmpada, de vez em quando, pois que êle já possuia uma, comprada para banhos de sol, mas nunca a aplicara. O segundo caso, de uma senhora da sociedade (I. S., bras., cas., 22 a.) de tez morena, com localizações na testa, atraz das orelhas, couro cabeludo, acima da nuca, parte superior e central do peito, púbis, está boa, de momento, com menos de 6 aplicações, em cada zona. O terceiro caso é o de um colono descendente de alemães que nos consultou, há poucos dias (B. T., bras. cas., 27 a.), tem o couro cabeludo completamente tomado e placas no peito e no abdomen, na altura do umbigo. As placas do peito e do abdomen estão curando com poucas aplicações, feitas com tôda a intensidade, e o couro cabeludo já está melhorando, apezar de ainda não se terem cortado curtos os cabelos.

Estamos verificando se a lâmpada de radiação ultravioleta, de filamento metálico, tem ainda outras indicações, fora destas duas entidades nosológicas (psoríase e paraquetose psoriasiforme), mas só estas duas bastam para consagrá-la, definitivamente, como processo terapêutico, utilizável em dermatologia.

RESUMO

Continua a ser difícil, para o dermatologista, a cura da psoríase, cuja etiologia ainda não é conhecida. O autor passa em revista os diversos métodos fisioterápicos, por irradiações, usados, inclusive o de Goetckermann (ultravioleta sôbre a pele sensibilizada pelo alcatrão), e que é, atualmente, o mais usado. Entretanto, êle viu muitos casos resistirem a êste tratamento. Assim, faltava-nos, até a hora atual, um processo fisioterápico seguro, rápido, fácil de aplicar e isento de perigos. Ele tem encontrado isto em uma nova modalidade de irradiação ultravioleta, ainda não usada pelos médicos. Depois de descrever as 8 modalidades de lâmpadas ultravioleta, conhecidas até hoje, êle propõe a última modalidade, — raios ultravioleta produzidos por lâmpadas de filamento, na psoríase. Até há pouco tempo, as fábricas não conseguiam produzir ultravioleta, por simples lâmpadas de filamento, feitas geralmente com tungstênio que não emite raios ultravioleta. A "General Electric Co." e outras fábricas americanas produzem, agora, tais lâmpadas, provàvelmente, tendo conseguido colocar um pouco de mercúrio na liga do metal. Chamam-nas de "lâmpadas solares com radiação ultravioleta" ("Sun Lamps, with ultraviolet"). E', de tôdas as lâmpadas, a que mais pigmenta e, talvez, esteja aí a razão do seu sucesso, na psoríase. Desde que o autor a empregou pela primeira vez, em Julho de 1949, até agora, tem tratado 22 psoriáticos, todos com sucesso completo. O tempo é muito curto, ainda, para dizer-se se se trata de uma cura ou, apenas, de um branqueamento temporário. Mas, mesmo assim, se trataria de um tratamento do mais alto valor, conseguindo-se a regressão das placas, às vêzes, com muito poucas aplicações. O defeito do processo é o tempo que se perde no consultório, as lâmpadas tendo que ficar acêsas 5 minutos antes de funcionar, e só podendo fazer 2 zonas pequenas a 5 minutos, tendo que ficar apagadas depois, pelo menos uma hora. Por isto, êle tem aconselhado aos clientes que comprem as lâmpadas, para fazer aplicações em casa, 3 vêzes por dia, cada vez, em zonas diferentes, pelo menos, nos casos extensos. O autor, também, empregou a mesma lâmpada, com sucesso, em 3 casos de paraqueratose psoriasiforme. Está experimentando a lâmpada em outras afecções, mas só estas 2 indicações bastam para introduzir a lâmpada como processo utilizável em terapêutica dermatológica.

SUMMARY

The author describes the difficulties dermatologists have in treating psoriasis, whose etiology is not yet known. He describes the physiotherapic methods used up to now, by irradiation, from which Goeckermann's method (Ultraviolet upon skin sensitised by tar) is the best and most universally used. Even so he saw many cases resistant to that method. He proposes, after describing the 8 models of ultraviolet lamps known to date, to use a new type of ultraviolet, not employed yet by physicians in their offices. This is ultraviolet produced by "filament lamps", like the single electric lamps for illumination. Since a short time ago plants could not industrialize ultraviolet by single filament lamps, made generally with Tungsten, which does not emit ultraviolet rays. The General Electric Company and other American manufacturers, probably putting a bit of mercury into the alloy, are now producing such lamps. They call them "Sun Lamps, with ultraviolet". These lamps begin to emit ultraviolet 5 minutes after being lighted. They were made for home use for synthetic sun bathing, for babies too, and produce very strong pigmentation. Kovacs in his book on Light Therapy says: "These lamps serve principally for home use as a source of radiation similar to sunlight". "They are useful devices for home treatment under competent medical supervision". Unhappily physicians never gave them importance, only beauty shops and perhaps sport clubs use them for tanning the complexion of their clients. These lamps aplied on psoriasis gave amazing results, surprising to the author, bleaching the skin quickly, sometimes in a few applications. He does not know wheter it is a cure or only a temporary bleaching; the time has not been long enough to determinate this. Since July 1949, when he applied this method for the first time until now he has treated 22 patients with psoriasis, all of them with good results. Generally the patients bought such a lamp for home use, so they could take several treatments daily, since the lamp needs 5 minutes to warm up and then it can operate only ten minutes at a time. It must rest then for at least one hour. Without that precaution the lamp burns out quickly. The zones of application are not very large, being less then ten inches. Apply close to the skin, about 20 cm distance, making 2 zones of 5 minutes each. Try to have strong erithema and strong pigmentations, from the first application. Only on the face and other delicate parties be careful the first time, to observe any unexpected sensitivness. Repeat each zone only after 48 hours intermission. Within the first 24 hours the strong erithema can be seen, the second day the pigmentation appears. Results have been complete, sometimes in a few applications of the rays. The author used this method also in 3 cases of Parakeratosis psoriasiforme with the best results.

So the author found in "Sun Lamp" (ultraviolet from filament lamps) a very good method, safe and easy to apply, for bleaching psoriasis and parakeratosis psoriasiforme.

These lamps must be introduced into Dermatological Therapy.

CITAÇÕES

1 — Goeckermann, W. H. — Tar and ultraviolet radiation in the treatment of Psoriasis. Brit. J. Phys. Med., 7:215 (Mar.), 1933.

2 — Kovacs, R. — Electrotherapy and Light-therapy. Philadelphia. Lea and Fabiger, 1943. Pgs. 303, 308 e 356.

Endereço do autor: Rua Vigário José Inácio, 311 — 2º (Pôrto Alegre).

Nota clínica

Tumor glômico

Perilo Galvão Peixoto

Desde 1860, sabe-se da existência de outro modo de passagem do sistema arterial para o sistema venoso cutâneos, além dos capilares. Descrito por Sucquet sob o nome de canais de derivação ou anastomoses artério-venosas, foi bem estudado posteriormnete por Hoyer e Grosser.

Se tal fato merece ainda demonstrado nos órgãos profundos, ao menos na pele parece inconteste. Masson recentemente completou o trabalho de Grosser, descrevendo em 1924, junto com Barré, comunicações entre as artérias e veias cutâneas por meio de aparelhos complexos, vásculo-neuro-musculares, chamados glomus e encontrados sobretudo na polpa digital e sob o leito das unhas. Certas arteríolas do plexo hipodérmico se bifurcam; um dos ramos vai formar uma comunicante vulgar; o outro, subdividindo-se, enrola-se e origina um novêlo compacto, algo semelhante ao novêlo sudoríparo: é o glomus. O vértice do novêlo arterial chega à altura do plexo sub-papilar, e as arteríolas enrodilhadas abrem-se diretamente nas veias dêsse plexo. O glomus constitui o desembocar direto de uma arteríola numa veia, mas as modificações da parede arterial e o estreitamento da luz são tais que o sangue habitualmente por aí não pode passar. Se fôra permanente essa passagem, a circulação capilar verdadeira de pronto cessara; o glomus só se deve abrir à circulação em condições excepcionais e por curto espaço de tempo. Masson julga tratar-se de uma espécie de manômetro, capaz de controlar as pressões arteriais e intersticiais, mercê de um jôgo de reflexos vaso-motores, no qual as células epite-

---

Comunicação efetuada na sessão de 27 de abril de 1949 da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Chefe da Clínica Dermatológica e Sifilográfica do Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado.

lióides e plexiformes da parede arterial, que devem ser elementos neuro-musculares, desempenhariam o papel principal.

Os tumores glômicos foram descritos em 1924 por Masson e Barré. Também chamados ângio-neuro-miomas arteriais, são pequenos angiomas dolorosos, intradérmicos ou subcutâneos, geralmente únicos e localizados nas regiões tácteis, máxime no leito das unhas. Extremamente dolorosos, nada mais são do que a hiperplasia benigna do glomus. Segundo Masson, Weil, Weidman e Wise, são antes hamartomas do que verdadeiros neoplasmas.

Distinguem-se do melanoma sub-ungueal, que é uma ulceração negra, fungosa do sulco e da matriz ungueais, dos dedos das mãos e dos pés, com metástases ganglionares axilares ou inguinais.

OBSERVAÇÃO

I. B., brasileira, branca, viúva, 55 anos, natural de Ouro Preto, Minas Gerais e residente nesta cidade na rua Sampaio Ferraz, 8, ap. 204.

Nos comemorativos, há digno de registro a morte de seu pai por diabete, e de seu marido por câncer do fígado

Há 8 anos notou o parecimento no anular esquerdo de pequeno tumor arroxeado, doloroso, que cresceu lentamente durante 2 anos, permanecendo inalterado nos 6 anos restantes de existência. Extremamente incômodo, pelas dores lancinantes que desperta, não dá trégua ao sossêgo da paciente.

Foi-nos encaminhada a enfêrma de um serviço de Cardiologia, onde se acha matriculada sob o diagnóstico de : Obesidade. Hipertensão arterial. Artero-esclerose da aorta.

Sua pressão arterial é de: 20 Mx. e 14 Mn. Glicemia: 0,90g por mil. Reações de Wassermann, Kahn e Kline no sangue: negativas. Urina: nada de importante a considerar.

Por ocasião do primeiro exame, exibia na polpa anular esquerda, na ranhura sub-ungueal, pequeno tumor arroxeado, orbicular, de 1cm de diâmetro, de consistência mole, mui doloroso espontâneamente e à pressão, e sangrando com facilidade a qualquer traumatismo.

Impunha-se o diagnóstico clínico de tumor glômico, a seguir confirmado pelo exame anátomo-patológico.

Laudo histo-patológico: "O exame histológico (fig. 4) mostra estrutura variável, compreendendo células neuro-mio-vasculares na derme em disposição normal. Na zona cutânea mais profunda, essa estrutura oferece aspecto tumoral, constituído de elementos celulares proliferados e de aspecto epitelióide predominante, com as características de células adventiciais que provàvelmente alcançaram modificações morfológicas, no sentido de maior proliferação, tornando-se atípicas. O estroma é, em geral, reticulado, com discreta infiltração de células redondas em tôrno de vasos capilares." (Dr. Pedro Jorge).

Fig. 1 — O tumor, visto de frente.

Fig. 2 — Visão lateral do tumor.

Fig. 3 — O tumor, visto de cima.
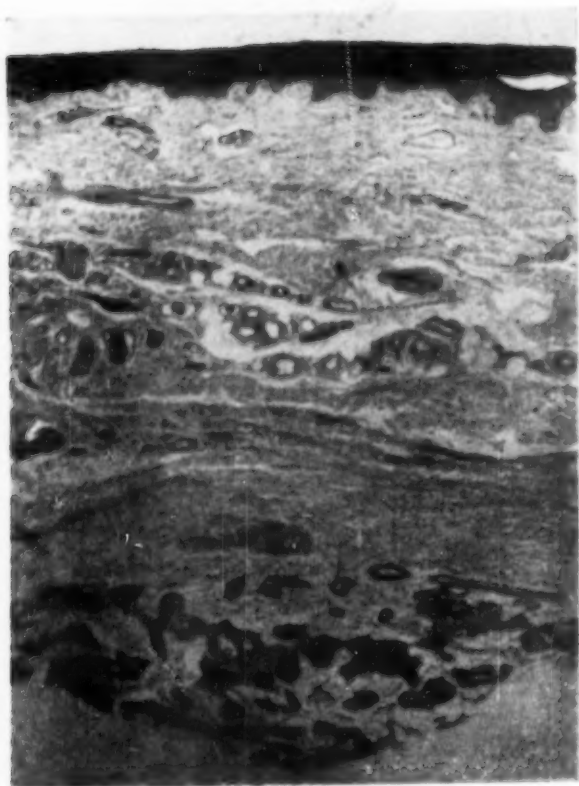
Fig. 4 — Aspecto histológico do tumor glômico.

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

SESSÃO DE 21 DE DEZEMBRO DE 1949

Presidente: Prof. H. Portugal.
Secretário: Dr. Wilson M. Abreu.

EXPEDIENTE:

Aberta a sessão, foram aprovadas as propostas para admissão, como sócios efetivos, dos Drs. ANTÔNIO GERALDO CORDEIRO e NORBERTO D'ÁVILA VILAS-BOAS.

Prestação de contas, pelo Tesoureiro, Dr. Glyne Rocha, que apresenta o balancete, pelo qual se infere ter sido a receita de Cr$ 25.507,90 e a despesa de Cr$ 26.878,40, tendo, pois, havido um deficit virtual de Cr$ 1.370,00. Sôbre tal balancete falou o Dr. D. Peryassú. Aprovou-se o balancete.

Toma a palavra o Dr. A. Padilha, declarando não exibir no momento o relatório sôbre os Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia, em virtude de aguardar as últimas despesas.

Inicia-se, a seguir, a votação para a eleição da nova diretoria, referente ao ano de 1950, a qual, sufragada por 27 votos, assim ficou constituida:

Presidente, Prof. F. E. Rabelo; Vice-Presidente, Prof. M. Pereira Filho; Vice-Presidente, Dr. Perilo Peixoto; Secretário Geral, Dr. A. Padilha Gonçalves; 1.º Secretario, Dr. R. D. Azulay; 2.º Secretário, Dr. Miguel Elias Abû-Merhy; Tesoureiro, Dr. R. Vieira Braga; Bibliotecário, Dr. Glyne L. Rocha.

Teve um voto para Presidente e Vice-Presidente o Dr. D. Peryassú; para Secretário Geral, Dr. R. D. Azulay 2 e Dr. O. Neri Guimarães 1; para 1.º Secretário, Dr. A. Padilha 2; para 2.º Secretário e Tesoureiro, Dr. Wilson Abreu 1; para Bibliotecário, Dr. D. Peryassú 1.

O Sr. Presidente congratula-se pela escolha da nova diretoria, e concede a palavra ao Prof. Rabelo, que pronuncia as seguintes palavras:

"A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia está vivamente empenhada no ideal de aproximação latina agora representado pelo Colégio de Dermatologistas Latinos.

Um dos pontos altos dessa aproximação seria o 1.º Congresso de Dermatologistas Latinos previsto para o Rio de Janeiro em outubro de 1950.

Os amigos desta Sociedade entenderam que na minha posição de Diretor da Clinica Universitária do Rio, eu seria o Presidente adequado para o momento.

Faltava ajustar as coisas com a minha antiga decisão de não aceitar a Presidência da Sociedade. Esse ajuste é, entretanto, muito simples: esta Presidência fica vinculada aos destinos do Congresso de Dermatologistas Latinos; estarei neste pôsto enquanto houver esperança fundada de levar a bom têrmo

o Congresso; deixarei automàticamente esta posição assim que a Sociedade tiver por encerrado o mesmo Congresso. Será uma Presidência de curta duração. Que além de efêmera e intransigente no trato exclusivo da Ciência ela seja sobretudo discreta, são os meus votos."

O Sr. Presidente comunica à casa existir na Câmara dos Deputados um projeto para concessão do auxílio de Cr$ 300.000,00 à Sociedade, para o fim de realizar o Congresso Latino-Americano de Dermatologistas.

ORDEM DO DIA:

ERITEMA DO NONO DIA — Dr. PERILO PEIXOTO.

Êste trabalho foi publicado, como «Nota clínica», no número anterior desta revista.

DISCUSSÃO:

Prof. Joaquim Mota — Lembra haver trazido à Sociedade, em 1932, um caso de eritema do nono dia, por êle observado com o Dr. Benjamin Gonsalves no Hospital Gafrée-Guinle, o primeiro caso entre nós registrado. O eritema do nono dia merece melhor divulgação, para que se não confunda com os eritemas tóxicos arsenicais. O biotropismo de Milian nesses acidentes parece indubitável, pois a data do aparecimento do eritema, com sua incubação fixa, e os casos de contágio assinalados, falam em favor dessa hipótese. Poder-se-ia atribuir o eritema a um fenômeno de Herxheimer, mas, tanto no seu caso como no que ora apresenta o Dr. Perilo Peixoto, não se tratava de reação congestiva local, exacerbação ou antecipação da roséola sifilítica. No seu caso, o doente ainda estava em período primário, e no do Dr. Perilo Peixoto o eritema se repetiu a cada nova tentativa da terapêutica arsenical.

Dr. L. Campos Melo — No Serviço de Doenças Venéreas da Prefeitura já foram tratados mais de 1.200 casos de sífilis recente, com métodos de tratamento rápido, não tendo sido observados casos do chamado "eritema do nono dia", o que vem abonar a sua raridade. O fato de agora estarem sendo adotados métodos de tratamento só com a penicilina, vai permitir esclarecer se o eritema do nono dia está em relação com o arsenical, necessàriamente, ou se tais reações biotrópicas poderão surgir nos casos tratados exclusivamente com penicilina.

Dr. Guilherme Malaquias — Uma doente sua, com placas mucosas hipertróficas dos órgãos genitais externos, teve erupção, diagnosticada na ocasião como sarampo, no 8.º ou 9.º dia de tratamento pela penicilina e acredita, agora, haver sido eritema do nono dia.

A observação encontra-se arquivada no C.T.R. do Serviço de Doenças Venéreas.

Dr. Perilo Peixoto — E' possível que Milian tenha exagerado a reação de biotropismo, mas existem vários casos comprovados de contágio de eritema do nono dia. O assunto merece mais estudos, mas é inconteste não se tratar de manifestação alérgica, por vários motivos, que enumera.

CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DA PATOGENIA DA AFTOSE GENERALIZADA DE BEHÇET — Dr. DEMÉTRIO PERYASSÚ

Apresenta, inicialmente, a documentação de um caso clínico diagnosticado como síndrome de Behçet, caso comunicado às Jornadas Dermatológicas Argentinas. Discute a questão do diagnóstico diferencial

da referida síndrome com os demais quadros que compõem o grupo ainda mal precisado das aftoses generalizadas.

A seguir, trata da questão da etiologia da síndrome de Behçet. Relata que as pesquisas bacteriológicas conduziram a resultados negativos, bem como tôdas as tentativas de cultivo de um possível vírus, concordando, neste particular, o resultado negativo obtido com o que foi conseguido por H. Curt, nos E.E. U.U., com material de seus dois casos clínicos, dos quais um foi meticulosamente estudado.

Informa, entretanto, ser fato notório a hipersensibilidade cutânea de sua doente aos testes com material antigênico preparado com culturas de estreptococos, isolados tanto de lesões de piodermite como das lesões de afta e do colo dentário. Aos testes com êsse material, a paciente respondia de maneira isomórfica às lesões cutâneas do tipo do eritema polimorfo.

Diante dêsses achados clínicos, propõe como explicação para a patogenia da síndrome de Behçet um mecanismo de hipersensibilidade do tipo das reações de Schwartman, tendo como agente desencadeador o estreptococo.

Esta maneira simplista de encarar o mecanismo etiopatogênico da síndrome de Behçet explicaria a razão das reações violentas do tipo tanto cutâneo quanto mucoso das lesões, e bem assim a necrose dos elementos observados em seu caso clínico. Julga que dêste modo a terapêutica pela vacina autógena, obtida pelo método de Heist-Cohen, deverá levar à cura a sua paciente, método que desde logo será empregado.

Informa ainda mais que as tentativas terapêuticas pelos antibióticos tais como as sulfamidas, a penicilina, a estreptomicina, a aureomicina e a cloromicetina, foram impotentes terapêuticamente na paciente em causa.

Discussão:

Prof. H. Portugal — Encontrou algumas lesões de eritema polimorfo, ressalvando serem poucas as dermatoses cuja estrutura seja específica. Encontrou eosinofilia em várias dermatoses, como na bouba e no eritema indurado tipo Bazin, não sendo porém constante. Louva o Dr. Peryassú por seu espírito de pesquisa.

Prof. F. E. Rabelo — Declara ter visto o doente e não ter feito o diagnóstico, bem como o Prof. Ramos e Silva. Acrescenta ter o Dr. Peryassú achado três localizações cardiais da doença e louva o seu trabalho.

Dr. O. Serra — Declarando ser-lhe o assunto completamente estranho, lembra como terapêutica a associação simultânea de antibióticos, o que ainda não foi tentado pelo autor.

Prof. J. Mota — Declara jamais ter visto a doença. Os casos de aftas da mucosa bucal, recidivantes, com várias localizações inclusive dos pilares anteriores, são, todavia, frequentes. Nestes, tem feito com resultado o tratamento acidificante, desde que num dêles achou hipocloridria. A introdução na alimentação de HCL melhora ou cura as aftas.

Dr. D. Peryassú — Agradece as referências elogiosas à sua comunicação, e promete analisar o mais breve possível o suco gástrico de seu paciente.

TUBERCULOSE CUTIS INDURATIVA TIPO BAZIN — Dr. O. SERRA

"Volto hoje à nossa Sociedade com um caso que já apresentei numa das sessões anteriores dêste ano, apenas com o objetivo de lembrar aos colegas mais um recurso terapêutico a ser empregado em casos de *eritema indurato* tipo Bazin — que é caso do doente em causa. Fiz cêrca de 20 g. de estreptomicina, na dose diária de 1, 20g., em aplicações contínuas de 0,20, de 4 em 4 horas, observando, no final da dose total, a ineficácia da terapêutica, pois as lesões nodulares continuaram supurando, com sinais evidentes de processo inflamatório agudo, dolorosas e com edema dos membros inferiores. Admitindo a hipótese da associação de germes secundários de infecção, devido à persistência dos fenômenos agudos inflamatórios, resolvi aplicar 3.000.000 de penicilina procaínica, na dose de 300.000 unidades de 12 em 12 horas, findo o que haviam cessado todos os fenômenos dolorosos, a supuração e o edema inflamatório. Aplicando depois mais 10 g. de estreptomicina com a mesma dosagem anterior, pude verificar uma regressão total das lesões, com cicatrização completa e uniforme como podem observar os colegas presentes. A penicilina teve a vantagem de eliminar a ação dos germes secundários, contra as quais a estreptomicina foi ineficaz e talvez tenha tido a sua valiosa ação terapêutica prejudicada".

DISCUSSÃO:

Dr. D. Peryassú — Obteve resultados extraordinários com a estreptomicina; as recidivas ocorrem dentro de maior ou menor espaço de tempo.

Dr. O. Serra — Não pode desprezar a hipótese de uma recidiva no caso do seu doente, mas talvez isso tivesse ocorrido com os casos do colega pela ação dos agentes secundários de infecção que não foram eliminados.

Antes de encerrar-se a sessão, o Prof. Joaquim Mota propõe um voto de louvor à diretoria cujo mandato vem de findar, o que é aprovado com aplausos unânimes dos presentes.

O Prof. H. Portugal agradece, em nome da diretoria, desejando a todos feliz Natal e próspero Ano Novo.

SESSÃO DE 29 DE JUNHO DE 1949

Presidente: Prof. H. Portugal.
Secretário: Dr. R. D. Azulay.

EXPEDIENTE:

Declarada aberta a sessão, são submetidas ao plenário, que as aprovou, as propostas para sócios correspondentes dos Drs. MARTINS VEGAS e JACINTO CONVIT, da Venezuela.

ORDEM DO DIA:

XANTOMA NEVIFORME — Prof. F. E. RABELO e Dr. CÁSSIO NOGUEIRA.

Apresentam o caso de menino de 1 ano de idade, em que as lesões surgiram 1 mês após o nascimento. A histologia corroborou o diagnóstico clínico.

Comentando-o, dizem haver duas formas bem distintas de xantomatose na criança: 1) Xantoma congênito "sensu strictu", cujos caracteres são: normocolesterinemia, prognóstico muito benigno, resolução com cicatriz ausência de tendência à confluência; 2) Xantoma vulgar juvenil: hipercolesterinemia, tendência à confluência, prognóstico grave (devido à deposição de colesterol ao nível das coronárias), morrendo o indivíduo de insuficiência cardíaca.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — O xantoma é um histiocitoma com pexia de colesterol; o histiocitoma é relativamente comum, porém, acidentalmente, é xantelasmizado. Há um tipo, que é a histiocitomatose, muito semelhante ao quadro do xantoma tuberoso; o prognóstico é bom. O 1.º caso entre nós foi visto nesta clínica pelo comentarista.

TRANSFORMAÇÃO DE LINFODERMIA EM RETÍCULO-SARCOMA — Prof. H. PORTUGAL e Dr. R. D. AZULAY.

Referem-se a um caso já apresentado em uma das sessões anteriores, cujo diagnóstico então era de sarcoma linfocitário ou leucemia linfóide, com tumores cutâneos; as lesões cutâneas e ganglionares haviam regredido totalmente com a röentgenterapia; atualmente, o paciente voltou ao serviço apresentando um grande tumor cervical, cuja biópsia revelou tratar-se de um retículo-sarcoma, ou seja, um quadro histológico completamente diferente do anteriormente observado.

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Tem a impressão de tratar-se de uma reticulose, assumindo aspectos variados.

BLOQUEIO NOVOCAÍNICO DO SIMPÁTICO LOMBAR EM "ÚLCERA DE PERNA" — Dr. GLYNE ROCHA.

Refere constituir a "úlcera de perna" um problema muito sério entre nós. No momento, tem 8 casos em estudo, dos quais apresenta 2 já completamente resolvidos. O 1.º diz respeito a mulher de 48 anos de idade, que há 23 anos apresenta, na face ântero-externa da perna, lesão ulcerada, com períodos de cicatrização. Foram feitos bloqueios

com 10-15 cm³ de novocaína, intervalados de 10-11 dias. Processou-se ràpidamente a cicatrização.

O 2.° caso é o de um homem que sofreu atropelamento, com fratura de um metatarsiano; apresentava uma úlcera traumática com edema e arroxeamento de todo o pé. As melhoras foram muito grandes, logo após o 1.° bloqueio; conseguiu um bom resultado também neste caso com essa terapêutica.

Discussão:

Dr. Almir G. Antunes — Acha que êsse tratamento constituirá importante arma para a recuperação de operários.

Dr. R. D. Azulay — O caso da mulher foi verdadeiramente espetacular, em se tratando de úlcera angiodérmica e, portanto, de difícil cicatrização; quanto ao segundo caso, faz restrições, pois sòmente o repouso que o paciente teve no hospital seria suficiente para o desaparecimento do edema e cicatrização da úlcera traumática. Julga ainda ser temporária a cicatrização da úlcera angiodérmica, pois permanece o substrato patológico vascular.

Prof. F. E. Rabelo — Acha que se deve torpedear o tratamento esclerosante de varizes, devido, sobretudo, aos sérios acidentes dêle decorrentes. Sugere ao Dr. Glyne Rocha estender sua experiência aos eczematóides das pernas.

Prof. H. Portugal — Reputa razoável o tratamento, porém acredita na sua ação apenas temporàriamente, visto como o bloqueio suprime o simpático, provocando uma vaso-dilatação e diminuindo os espasmos.

Dr. A. Padilha — Concorda em parte com o Dr. Azulay no que diz respeito ao mecanismo da cura do caso do homem. Este está definitivamente curado; porém, fatalmente, o mesmo não acontecerá com o 1.° caso, isto é, o da úlcera angiodérmica.

Dr. Glyne Rocha — Lembra ao Dr. Azulay a leitura de recente trabalho norte-americano de Naide, publicado nos "Archives of Dermatology and Syphilology", no qual o autor estuda muito bem o traumatismo como um dos fatores componentes da chamada "causalgia minor". Diz ainda que vai prosseguir na sua experiência, de cujos resultados dará conhecimento à Sociedade, oportunamente.

TRATAMENTO DE 3 CASOS DE ACTINOMICOSE PELAS SULFAS — Dr. R. D. Azulay.

Refere-se ao êxito obtido com o tratamento pelas sulfas em 3 casos de actinomicose.

Dois casos se localizavam na articulação do joelho, e um na face. Em um dêles, o tratamento anterior pela estreptomicina não deu resultado. A dose diária de sulfatiazol ou sulfadiazina foi de 3g; prolongou-se o tratamento, chegando ao máximo de 1.000 comprimidos. Todos os 3 casos tiveram alta com cicatrização completa das lesões dermatológicas e com regressão ao normal do volume das partes atingidas.

LEISHMANIOSE LUPÓIDE — Drs. Heitor de O. Cunha e Ceci Medeiros.

"O caso que apresentamos à Sociedade tem seu interêsse no fato de possuirem certas dermatoses granulomatosas morfologia tão parecida que o diagnóstico clínico requer o auxílio do laboratório para esclarecimentos imprescindíveis.

M. P. Carvalho, br. dom., brasileira, casada, 26 anos de idade, natural do Esp. Santo (Apiacá — onde reside). A doença atual data de 5 meses; começou com uma "espinha" pouco dolorosa na base do nariz.

Descrição das lesões: apresenta, na base do nariz, lado esquerdo, uma lesão tuberosa, redonda, de 3cm. de diâmetro, recoberta de crosta brancacenta, lesão indolor e pouco pruriginosa.

Feito o diagnóstico de *esporotricose*, embora não da forma linfangítica, a mais comum, foi êste afastado pela cultura negativa.

O exame histopatológico, efetuado pelo Dr. Portugal, levantou a hipótese de leishmaniose, em virtude dos espaços claros e células epitelióides, diagnóstico confirmado pela reação de Montenegro — positiva 48 horas depois de feita, com agravamento da lesão.

A procedência da doente também orientou o diagnóstico".

Discussão:

Prof. H. Portugal — Acha que o têrmo "lupóide" é expressão clínica, ao passo que "tuberculóide" o é histológica. Apesar de pela estrutura tuberculóide não poder fazer diagnóstico nesses casos, deve entretanto o patologista orientar o clínico nos sentidos prováveis, a fim de que êste, com outros exames complementares, possa estabelecer o diagnóstico definitivo.

PARADOXO TERAPÊUTICO NA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA PULMONAR — Dr. A. Padilha Gonçalves

"O caso clínico que exporei serve de exemplo para uma eventualidade para a qual ainda não foi chamada a atenção, passível de ocorrer na blastomicose sul-americana pulmonar.

O paciente J. D. C. apresentou-se à consulta dizendo achar-se doente havia 10 meses. Pelo seu exame constatei ser êle portador de blastomicose sul-americana com lesões nas seguintes localizações: boca, amídalas, mucosa nasal, gânglios cervicais e pulmões. Com referência ao território pulmonar era esta a sintomatologia: tosse com expectoração muco-purulenta espêssa e com paroxismo vesperal e noturno, escarros hemoptóicos, taquipnéia e dispnéia de esfôrço e de decúbito, sub-macissez nas regiões interescápulo-vertebral direita e axilar esquerda, respiração soprosa na base direita, crepitações e sibilos nas bases. O exame de escarro revelou a presença de abundantes *Paracoccidioides brasiliensis* e a ausência de bacilos álcool-

-ácido-resistentes. O roentgenograma dos pulmões mostrou no hemitórax direito: lesões de franca predominância fibrosa disseminadas nos 2/3 inferiores (com zonas de espessamento pleural), macronódulos, micronódulos e nódulos intermediários (presença de semeadura miliar agrupada) e bolha de enfisema no ápice; e no hemitórax esquerdo: as mesmas lesões pulmonares excluindo enfisema e acrescidas de excavação confluente no 1/3 médio e, ainda mais, dilatação e alongamento da aorta (CLÁUDIO BARDY).

Nesta situação foi iniciado o tratamento com doses médias de sulfadiazina, tendo as lesões visíveis logo entrado em regressão até chegar à cicatrização completa. A expectoração e a tosse diminuiram, desaparecendo os escarros hemoptóicos. Entretanto, a dispnéia foi aumentando sempre, surgiu edema, a princípio maleolar, depois generalizado, e por fim o paciente em insuficiência cardíaca (assistolia) veio a falecer um mês e dias após o início do tratamento.

Cinco dias antes da morte foi feito outro roentgenograma, cujo estudo constatou, no hemitórax direito, o desaparecimento dos nódulos com aumento da esclerose, formando bloco repuxado em direção ao mediastino e aumento do enfisema do ápice; no hemitórax esquerdo, os nódulos regrediram parcialmente, a esclerose aumentou, formando bridas com repuxamento para o mediastino; houve ainda grande aumento da área cardíaca.

A semelhança do que sucede, por exemplo, com a sífilis visceral, especialmente com a sífilis cárdio-vascular, onde o tratamento antiluético intempestivo pode agravar a situação do paciente e mesmo levar à morte, creio que no caso que acabo de relatar houve um verdadeiro paradoxo terapêutico no sentido da peora das condições vitais do paciente, determinada pelo processo de cura das lesões de blastomicose dos pulmões sob a ação da sulfonamidoterapia. Esta comunicação tem como principal fito chamar a atenção para êsse fato ainda não relatado na blastomicose sul-americana.

A cura das lesões visíveis da blastomicose pela sulfonamidoterapia é seguida de cicatrizes fibrosas muitas vêzes retráteis, chegando mesmo a originar atresia, até bem acentuada, do orifício bucal. Ora, o mesmo sucedendo nos pulmões, verifica-se um aumento do tecido fibroso cicatricial que, tomando grandes extensões, leva não só a uma redução da superfície útil de hematose, como também ao estabelecimento de uma barreira mecânica à pequena circulação.

Desta sorte, a repercussão sôbre o trabalho cardíaco poderá ser intensa, levando o coração à falência.

Foi o que aconteceu no caso de J. D. C., como bem documentam os dois roentgenogramas. Com um mês de sulfonamidoterapia, as lesões, tanto pulmonares como extrapulmonares, regrediram apreciàvelmente, porém naquelas se estabeleceu extensa fibrose cicatricial, que levou o coração à dilatação (em cêrca de 30 dias) e à insuficiência total, constituindo-se um verdadeiro "corpomonale". Pode-se

assim deduzir que a morte foi precipitada pela cura, portanto, um paradoxo terapêutico.

A necrópsia do paciente foi por mim assistida, porém até hoje não consegui os laudos nem o estudo histopatológico dos pulmões. O único documento que possuo é uma fotografia dum dos pulmões, onde se pode ver a total deformação do órgão pelas retrações fibrosas e a enorme bolha de enfisema no ápice."

Discussão:

Dr. R. D. Azulay — Ressalta o valor da apresentação, por ser a primeira vez que se observa tal fato. Acha, entretanto, preferível correr-se o risco do tratamento intensivo, pelo receio do desenvolvimento de uma sulfa-resistência com doses pequenas.

Prof. H. Portugal — Refere-se também à questão da sulfa-resistência, já estudada por Domingos de Oliveira, em S. Paulo.

Dr. A. Padilha — Agradece os comentários feitos e adianta que a diminuição da dose para a metade da dose comum não acarretará prejuízos e evitará uma morte nos casos que já tenham tendência à esclerose.

Em seguida, é encerrada a sessão.

Na sessão realizada a 27 de abril de 1949, foi feita a comunicação abaixo transcrita, cujo registro ora se faz a pedido do autor, anteriormente à publicação da ata que, até agora, não foi entregue para divulgação.

PINTIDES — Dr. A. Padilha Gonçalves

"Trata-se de um caso de bouba, inoculado com *Treponema Carateum* e que apresentou a lesão inicial de pinta 35 dias após a inoculação. Aos 614 dias da inoculação, surgiram em 3 pontos distantes da lesão primária Pintides pápulo-escamosas que, evoluindo lentamente, tomaram o aspecto atual (874 dias da inoculação e 260 dias de evolução).

Assim, vemos 3 lesões: uma na nádega direita, outra na região poplitéia esquerda e a terceira na perna direita, respectivamente com 7,7 e 12 cm de maior diâmetro. São arredondadas, marcadas por bordo pápulo-eritêmato-escamoso, por vêzes descontínuo, e em certos locais circinado. No centro das lesões, há áreas cicatriciais, com discreta hipocromia e áreas pápulo-eritêmato-escamosas, estas formando nalguns pontos arcos de círculos concêntricos. Durante a evolução, algumas dessas zonas ativas centrais desaparecem, surgindo outras. Em certas ocasiões, as lesões são pruriginosas. As lesões da nádega e da região poplitéia são de aspecto tricofitóide e a da perna é psoriasiforme. Em tôdas, a pesquisa de treponemas na linfa, colhida com pinça de forcipressão nas áreas papulosas, foi positiva.

Foram apresentados 8 dispositivos, 4 dos quais coloridos."

Secção de São Paulo

(Departamento de Dermatologia e Sifilografia da Associação Paulista de Medicina)

SESSÃO DE 7 DE OUTUBRO DE 1949

Presidente: Dr. Abraão Rotberg.
Secretário: Dr. Antônio Francisco Defina.

NOÇÕES GERAIS E APLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DA AUREOMICICINA, PARTICULARMENTE EM DERMATOLOGIA — Dr. J. A. Neves Candeias

Ordem do dia:

"A revisão da literatura sôbre o uso terapêutico da aureomicina em trabalhos experimentais, mostra que êste antibiotico, descoberto pelo Dr. Benjamin Dugger em 1948, exerce uma atividade bacteriostática numa extensa e variada série de germes patogênicos. Numerosos artigos já publicados, por outro lado, demonstram a sua eficácia quando usada clinicamente nas Ricketsioses, Pneumonia primária atípica, Brucelose, infecções por cocos Gram-negativos e Gram-positivos. Sua eficácia sôbre o virus do linfogranuloma venéreo foi demonstrada, por vários investigadores, entre os quais Wong e Cox, Wright e colaboradores, Collins e colaboradores, tanto experimentalmente como em aplicação terapêutica. Segundo Greenblatt e colaboradores, apesar de a estreptomicina dar bons resultados no tratamento do granuloma inguinal, a baixa toxicidade da aureomicina e a sua eficácia virão provàvelmente tornar esta a droga de escolha. Wright e colaboradores relataram resultados satisfatórios em 3 casos de granuloma inguinal com, respectivamente, 4 meses, 7 anos e 10 anos de duração. Relativamente ao efeito da aureomicina sôbre a evolução da sífilis, devem levar-se a efeito mais investigações, antes que a aureomicina possa ser indicada na terapêutica,

dessa doença. Os trabalhos de Irgan e Alexander, O'Leary, Kierland e Herrel, O'Leary e Kierland, mostram que a aureomicina deu resultados encorajadores quando aplicada em certas formas de sífilis. Numerosos trabalhos já publicados levam a crer que a toxicidade da aureomicina é baixa. Os sintomas de hipersensibilidade não vão além de náuseas, vômitos e, em alguns casos, diarréias. Pode administrar-se por via oral, intramuscular ou intravenosa; no entanto, resultados clínicos mostram que a via oral é suficiente para que a droga exerça seus efeitos terapêuticos; as vias intramuscular e intravenosa, devem reservar-se para os casos de infecções fulminantes. Relativamente à dose, em geral, nos casos moderados bastam 25 a 50 mg. por quilo de pêso, durante as 24 horas; nos casos graves, deve aumentar-se a dose para 50 a 100 mg. por quilo de pêso, diàriamente. Se bem que êste esquema dê, via de regra, melhoras satisfatórias em todos os casos, convém estabelecer como rotina, antes do início do tratamento, o estudo da sensibilidade do germe "in vitro", para assim poder instituir-se dose eficaz. A duração do tratamento varia entre 5 a 15 dias, conforme a evolução do quadro clínico. Logo que começa a observar-se a melhora dos sintomas, deve diminuir-se a dose diária, prolongando-se o tratamento por mais um a dois dias, depois de desaparecida a febre. Alguns autores referem que a administração simultânea de hidróxido de alumínio coloidal, ou simplesmente de leite, é suficiente para elimiar os vômitos que, nos tratamentos prolongados, aparecem com certa frequência".

TRATAMENTO DO PÊNFIGO FOLIÁCEO, DO PÊNFIGO VEGETANTE E DO PÊNFIGO VULGAR GRAVE PELA AUREOMICINA (nota prévia) — Dr. FERNANDO ALAYON, ABILIO F. MARTINS DE CASTRO E MÁRIO FONZARI

Ainda que até o presente momento a etiologia dos pênfigos verdadeiros, ou seja do pênfigo foliáceo, do pênfigo crônico vulgar e do pênfigo vegetante, não esteja defintivamente estabelecida, os trabalhos experimentais de AA. nacionais e estrangeiros, bem como verificações epidemiológicas realizadas no Estado de São Paulo, sugerem a possibilidade de que o agente causal seja de natureza infecciosa, e mais provàvelmente um vírus filtrável. As pesquisas de Reiss, Urbach e vários outros autores, e as de Lindenberg, realizadas em nosso meio, há mais de 10 anos, demonstraram ser possível produzir experimentalmente lesões em animais de laboratório, partindo de material retirado de doentes de pênfigo. Entretanto, Artigas e Mourão, inoculando animais de experiência habituais (camondongos, ratos, cobaios, macacos) não conseguiram determinar quaisquer alterações patológicas, partindo de material retirado de penfigosos, desde que o mesmo fôsse estéril do ponto de vista bacte-

riológico. Mais recentemente, Grace, nos Estados Unidos, e Travassos e Hadler, no Brasil, também partindo de líquido de bolhas e líquido céfalo-raquiano bacteriològicamente estéril, colhido em penfigosos, conseguiram transmissão em série, o primeiro em camondongos, os outros em embriões de galinha, de um agente com as características de um vírus filtrável e capaz de determinar lesões patológicas de natureza e gravidade várias. Faz-se mistér assinalar, porém, que para o êxito das inoculações concorreu nas experiências de Lindenberg e nas de Grace a utilização de um artifício de técnica e, nas de Travassos, o emprêgo de animais de experiências até então não usados nos trabalhos experimentais sôbre o pênfigo, ainda que correntemente aproveitados no estudo laboratorial de certas afecções por vírus. Assim, Grace baixou a resistência dos camondongos a inocular irradiando-os, prèviamente, com raios X; Lindenberg empregou uma série de inoculações sucessivas, visando ao por êle chamado "enriquecimento" do inoculum. Tendo em vista de um lado a provável etiologia infecciosa por vírus das afecções do grupo pênfigo, como deixam entrever as experiências de Urbach, Reiss, Lindenberg, alguns autores japoneses, e em particular as pesquisas relativamente recentes de Grace e Travassos e Hadler, bem como o achado em um caso de pênfigo de inclusões nucleares semelhantes às encontradas nas viroses e que se deve a Magarino Tôrres e colaboradores, e de outro lado o fato de que o novo antibiótico "cloridato de aureomicina", que é preparado a partir do cogumelo *Streptomyces aureofaciens*, se mostrou ativo no tratamento de certas moléstias produzidas por vírus filtráveis e por *rickettsias* (linfogranulomatose inguinal, tifo exantemático, *Q fever*, febre fluvial japonêsa, etc.), os AA. resolveram experimentar a nova droga em pacientes portadores de pênfigo, nas suas três modalidades evolutivas: vulgar (dois casos), foliáceo (seis casos) e vegetante (um caso). Em virtude do elevado preço do medicamente, os AA. viram-se forçados a limitar as suas observações a pequeno número de casos, aos quais, em prazos que variaram de um a dois meses, administraram por via oral uma dose diária média de dois gramas de aureomicina. Os resultados foram os seguintes: no pênfigo vegetante, houve rápida regressão das lesões cutâneas e mucosas e cura clínica após 43 dias de tratamento. No pênfigo foliáceo observou-se, em um caso, regressão quase total de tôdas as lesões cutâneas; em três casos, melhora e, em outro, após discreta melhora das lesões cutâneas, o paciente faleceu vitimado por uma intercorrência, após oito dias apenas de tratamento. Em dois casos de pênfigo vulgar extremamente grave, em que o estado geral dos pacientes era mau, as lesões muito extensas e generalizadas, com compromtimento das mumosas, o resultado foi pràticamente nulo. Em um dêles houve, de início, certa melhora, sobretudo no que dizia respeito à curva térmica. Ambos faleceram. E' de notar-se que as doses diárias utilizadas foram

relativamente pequenas (dois gramas), e a maioria dos pacientes apresentou acentuada intolerância gastro-intestinal ao medicamento. Os AA. acharam interessante comunicar estes resultados preliminares e são de opinião que, em face dos resultados promissores obtidos em alguns casos, a aureomicina deve ser empregada em maior número de pacientes, variando-se a dosagem diária a fim de melhor determinar o real valor terapêutico no pênfigo. Novos casos estão sendo presentemente tratados, bem como se acham em observação os pacientes que foram objeto do presente estudo. Os resultados finais serão dentro em breve publicados. Os AA. aproveitam o ensèjo para agradecer à Santa Casa de Misericórdia e ao Serviço Social do Comércio de São Paulo o fornecimento do remédio sem o que não teria sido possível a realização do presente trabalho.

Discussão:

Dr. Guilherme V. Curban — "O Dr. Alayon, na apreciação da evolução dos casos, frisou, com muita razão, o fato das intercorrências, como um fator importante e de sumo valor no desencadeamento de certas causas letais. Pelos meus conhecimentos, essas intecorrências são, em muitos casos, processos de natureza infecciosa. Seria interessante saber se, dentre os causadores dessas intecorrências, não haveria germes sensíveis à aureomicina, o que viria reduzir de muito o número dêsses processos intercorrentes. Seria interessante verificar a antureza dos processos intercorrente e ver se o êxito letal depende ou não dessas infecções. Poder-se-ia, também, usar outros antibióticos, nos casos em que a aureomicina não se mostrasse ativa no combate aos germes causadores dessas infecções intercorrentes".

Dr. Sebastião de Almeida Prado Sampaio — Até certo ponto concorda com o Dr. Curban. Na interpretação de um caso, durante a administração de aureomicina, viu que a paciente não tinha mais febre; a moléstia, porém continuava em evolução. Nesse caso em que a febre corria por conta de uma infecção secundária, a aureomicina teve ação.

Dr. José Augusto Soares — Deseja saber se o Dr. Alayon considera de efeito evidente no pênfigo foliáceo a aureomicina; se tem mais ação sôbre a forma vegetante do que sôbre a forma foliácea.

Dr. Fernando Alayon — Quanto à questão da intercorrência, diz possuir cêrca de 48 a 50 autópsias, feitas em doentes de pênfigo e tem a impressão de que o fator infeccioso é de pequena importância. Julga morrer o paciente de exaustão orgânica. Nos casos de pênfigo, como acontece frequentemente nas doenças consumptivas, há exaustão, quase completa, das supra-renais. A glândula fica reduzida a 1/4 ou 1/5 do seu tamanho, mas isso não pode dizer se a glândula está ou não ativa; mostra-nos por que o coração se acha num estado adiantado de atrofia fôsca, daí a perturbação da circulação e focos de bronco-pneumonia. Não pensa ter havido, como em outros casos, uma falta de ação da aureomicina sôbre germes banais, o que têm determinado esta ou aquela intercorrência. Mas isso não quer dizer que também não seja possível a hipótese do Dr. Curban, porque um dos casos fala a seu favor, aquêle em que houve uma síndrome infecciosa secundária no pescoço, que não foi alterada pela aureomicina e que surgiu durante a sua aplicação; infelizmente, não foi feita pesquisa do germe. O argumento do Dr. Sampaio é muito lógico; é bem possível que durante a evolução da moléstia, interrompido o emprêgo da aureomicina, os germes hajam provocado

uma intercorrência. Não pôude acompanhar o caso, mas é possível que a febre tenha sido devida à infecção secundária. Quanto à pergunta do Dr. Soares, sente dificuldades para responder e não pode afirmar se de fato essa medicação é específica e definitiva para os casos de pênfigo vegetante. Em todo caso, pode dizer possui a convicção de que, nestes casos, agiu de maneira brilhante, porque a regressão das lesões acompanhou dia a dia o estado geral. O desaparecimento das lesões num prazo mínimo, dá a impressão de haver sido muito útil nesse caso. A experiência é muito pequena, pois os casos são raros e o resultado foi o melhor possível.

Dr. Abraão Rotberg — Crê que, na realidade, mesmo sem muita atenção, pode verificar-se a diferença nítida das lesões, após o tratamento, que foram confirmadas em fotografias. E' uma lesão vegetante que desapareceu completamente; não deixa lugar a dúvidas.

Dr. J. A. Neves Candeias — Tem o Dr. Alayon certeza de que êsses casos não estavam em fase de regressão? Evidentemente, uma recidiva não está na mesma situação do início da moléstia e é possível que no início da doença os resultados sejam muito melhores. Se os AA. lhe permitem uma sugestão, seria interessante verificar o resultado do tratamento em dois grupos de casos, um em que a doença estivesse no seu início, e outro em que os casos já fossem antigos, para verificar se há diferença nos resultados terapêuticos.

Dr. Fernando Alayon — A medicação foi administrada no curso da recidiva. Sabemos que a regressão espontânea da moléstia é muito mais lenta do que a observada nestes casos, por isso somos levados a crer que a regressão se deve ao uso da aureomicina. Está de acôrdo em que se usarmos o medicamento no início da moléstia, talvez os resultados sejam muito melhores. Os seus casos são de gravidade diversa, e todos os pacientes já estavam doentes há muito tempo. A dificuldade na obtenção do medicamento impede a confecção de trabalho muito extenso e, também, há muita dificuldade obterem-se casos da moléstia e no início. De qualquer forma, está de pleno acôrdo em comparar os dois grupos: os de casos crônicos e aquêles em que a moléstia esteja no início. Em sua observação o pênfigo vegetante foi o que reagiu melhor ao tratamento.

Em seguida, é encerrada a sessão.

SESSÃO DE 11 DE NOVEMBRO DE 1949

Presidente: Dr. Abraão Rotberg.
Secretários: Drs. Luiz Batista e Antônio Francisco Defina.

CONSIDERAÇÕES SÔBRE UM CASO DE SIFILIS PRECOCE RESISTENTE AO TRATAMENTO — Drs. Humberto Cerruti e Vinício Arruda Zamith

Trata-se de um paciente que em julho de 1948 apresentou uma lesão peniana diagnosticada como protossifiloma. Após uma série de 15 injeções de um sal de bismuto, como a lesão houvesse cicatrizado, não prosseguiu o tratamento. Em fins de agôsto, para admissão ao I. A. P. B., submeteu-se a reações sorológicas para diagnóstico de sífilis. Estas foram fortemente positivas. Reiniciou o tratamento, tendo tomado sòmente quatro empôlas de neoarsfenamina

e quatro empôlas de bismuto. Em princípios de outubro foi por um de nós examinado. Mostrava lesões pápulo-hipertróficas nas faces internas das coxas, no escroto e na glande. As reações sorológicas foram fortemente positivas. Foi-lhe receitada uma série de 12 empôlas de arsenóxido, das quais uma de 0,04 g e 11 de 0,06 g, à razão de uma por semana. Terminado o curso de arsenóxido, comprovou-se que as lesões cutâneas e mucosas não haviam regredido. Foi submetido então a 16 injeções de sub-salicilato de bismuto, na dose de 75 miligramas de bismuto metálico duas vêzes por semana. Ao término da série as lesões ainda não haviam regredido. Nessa época, as reações sorológicas repetidas continuavam fortemente positivas. Tomou, em seguida, 3 milhões de unidades Oxford de penicilina G procaína oleosa, na dose diária de 300.000 U. O. e, logo após, 6,9 g de neoarsfenamina. Terminada esta última, as lesões ainda estavam presentes. A pesquisa de treponema ao nível das lesões cutâneas foi positiva tanto em campo escuro, quanto pelo método de Fontana-Triboudeau. As reações sorológicas foram mais uma vez fortemente positivas. O exame histo-patológico revelou alterações características de sífilis. Sob o ponto de vista clínico, não há dúvida que se trata de um caso de resistência ao tratamento, pois houve persistência das lesões, persistência das reações sorológicas e, finalmente o fato mais valioso, isto é, a presença de espiroquetas nas lesões apesar do tratamento adequado."

DERMATOSE PAPULOSA NIGRA (CASTELLANI) — Drs. Sebastião Almeida Prado Sampaio e José Augusto Soares

Os AA. apresentam dois doentes dessa dermatose, com típicas lesões papulosas, pigmentadas, sésseis, algumas pedunculadas, mais ou menos numerosas, localizadas nas regiões malares, fronte e ântero-superior do tórax. Pelo quadro histo-patológico — acantose, hiperpigmentação melânica da basal, cistos epidérmicos, tecas pigmentares do derma superficial, presença de folículos pilo-sebáceos em estado pouco evoluídos — estão de acôrdo os autores com aquêles que atribuem natureza névica à dermatose papulosa nigra, individualizada por Castellani, em 1925. Salientam ainda que a dermatose é, provàvelmente, muito frequente em nossos meios e, sob êste ponto de vista, continuarão os estudos para ulterior publicação.

BLASTOMICOSE BRASILEIRA EXPERIMENTAL — CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA EVOLUÇÃO NO COBAIO — Dr. Guilherme Villela Curban

Relatam-se no presente trabalho as observações feitas em 2 cobaios, inoculadas no testículo esquerdo com material purulento de lesão cutânea de blastomicose brasileira, em que se verificou ao exa-

me direto e cultura a presença do *Paracoccidioides brasiliensis*. A sobrevida dêsses animais foi bastante longa: em um animal, atingiu a um ano, três meses e treze dias e, no outro, a dois anos, dois meses e vinte e sete dias, tendo sido verificada, na ocasião da morte, a presença do parasita no testículo inoculado e de reações inflamatórias de tipo exsudativo e proliferativo por êle determinadas. Não obstante a imperfeição e as deficiências com que foram realizadas as experiências, devendo ser ressaltada a observação irregular e precária dos animais após a inoculação, foi todavia possível verificar dois fatos concretos e objetivos de grande significação no estudo da blastomicose brasileira experimental. Nas condições em que a presente pesquisa foi realizada, essas verificações constituem fatos de observação, cuja interpretação não pode ser feita e cuja natureza específica não pode ser determinada. Do trabalho efetuado foi possível tirar as seguintes conclusões: *a*) no cobaio, a infecção experimental com o *Paracoccidioides brasiliensis* pode permanecer aparentemente inativa por período de tempo variável; e b) a marcha evolutiva dessa infecção pode apresentar alterações que se traduzem por variações de intensidade da reação inflamatória.

Em seguida, é encerrada a sessão.

SESSÃO DE 30 DE DEZEMBRO DE 1949

Presidente: Dr. Abraão Rotberg
Secretários: Drs. Luiz Batista e Antônio Francisco Defina.

ORDEM DO DIA:

ELEFANTÍASE DO MEMBRO INFERIOR. TRATAMENTO PELA DERMO-FIBROLIPECTOMIA CIRCULAR, SEGUIDA DE ENXÊRTO LIVRE DA PELE — DR. ROBERTO FARINA

"A elefantíase tem sido julgada moléstia incurável. Acreditamos, entretanto, ser de solução segura e relativamente fácil. Pode ser considerada como quadro terminal do linfo-edema. Os quadros elefantíasicos resultam da intercorrência de surtos infecciosos repetidos em um membro já linfo-edematoso. Essas agressões infecciosas acabam por transformar o processo linfo-edematoso em um processo francamente fibromatoso. O quadro clínico que acompanha estes surtos infecciosos se traduz por maleatar geral, prostração, hipertermia, calafrios, e, em alguns casos, septicemia e morte. Nessa fase o paciente refere dor no membro patológico que o obriga a um estado de semi-invalidez. Estabelecida a elefantíase, pârece-nos que só há uma conduta terapêutica realmente eficaz e segura: é a dermo-fibro-lipectomia circular do membro elefantiásico, seguida de enxêrto livre de pele do tipo intermediário superficial. Esta orientação terapêutica, relativamente nova, tem como fundamento: 1) o

fato de ser a elefantíase processo fibromatoso definido e irreversível; 2) o fato de ser medíocre o resultado obtido com os outros meios empregados, quer clínicos, quer cirúrgicos; 3) a sua base *físio-patológica*. Há no membro elefantiásico um círculo vicioso. De fato, a extase linfática constitui ótimo meio para a proliferação microbiana. Daí os surtos infecciosos repetidos, que acometem o membro doente. Por sua vez, tais surtos, com suas repercussões linfangísticas e celulíticas, agravam cada vez mais o sistema linfático. A consequência imediata é o aumento do linfoedema, com maior proliferação conetiva, facilitando o aparecimento dos surtos erisipelatóides, e assim por diante. A nossa atuação se resume em romper êsse círculo, procurando simultâneamente reduzir o volume do membro a dimensões pràticamente normais. Para tanto, procedemos a remoção completa e total do tecido patológico que se limita às partes supra-aponeuróticas. E' a descorticação cirúrgica, ou seja, a dermo-fibro-lipectomia circular da perna ou de todo o membro inferior.

As vantagens decorrentes dessa conduta terapêutica, que acreditamos encerra o capítulo do tratamento das elefantíases, são: 1) reduz o volume do membro a dimensões pràticamente normais; 2) suprime os surtos erisipelatóides; 3) não interfere com a deambulação do doente; 4) o aspecto estético é consideràvelmente melhorado; e 5) não acarreta perturbação de ordem local ou geral para o paciente. Sendo a elefantíase o quadro terminal do linfo-edema e podendo coexistir êste ao lado daquela, devemos fazer algumas considerações a respeito do tratamento do linfoedema. Êste pode ser clínico e cirúrgico. Clinicamente, o tratamento consiste em repouso absoluto, membro elevado, bandagens compressivas, etc. Cirùrgicamente, os resultados obtidos até bem pouco tempo eram precários. Parece, entretanto, que o tratamento do linfo-edema como propôs Gillies tem até certo ponto fundamento lógico, ainda que não pareça ser o definitivo. Êste autor considera as linfo-glândulas inguinais responsáveis pelo linfo-edema do membro inferior. Para drenar esta linfa, transplanta um grande retalho de pele do membro superior para a região tóraco-podálica, de modo a passar em ponte sôbre a arcada inguinal. Com isso visa a derivar a linfa para uma região assistida por linfo-glândulas íntegras (axilares). Mowlem também refere bons resultados com êsse método, que chama de "ponte linfática". Evidentemente a ponte linfática só encontra indicação nos casos de linfo-edema reversível, isto é, nos casos em que, pelo repouso com o membro elevado, se consegue a redução do membro a dimensões pràticamente normais. Apesar dos resultados práticos obtidos por êsses autores, Blocker chama ao método de "antifisiológico". De fato, parece haver certa incongruência entre a base físio-patológica do método com os resultados experimentais alcançados por certos autores *in anima vili*. Se a regeneração linfática é abundante e precoce como afirmam êsses autores, porque não se formam

espontâneamente vias de suplência a fim de drenar a linfa do membro inferior para o tronco? A resposta poderia ser dada negando-se a patogenia invocada para o linfo-edema, isto é, da obstrução das linfoglândulas e mesmo dos coletores maiores do membro. Assim, qual seria o mecanismo de estase linfática? Difícil responder-se. A teoria mecânica da obstrução linfática não pode ser afastada depois das experiências de Drinker e colaboradores que injetavam na luz dos linfáticos do membro inferior e nos gânglios suspensão aquosa de sílica e solução que quinino, provocando proliferação das células retículo-endoteliais e do tecido conjuntivo. O resultado foi a estase linfática permanente do membro. Ora, se apesar de rápida a neoformação linfática, persiste o linfo-edema, não nos resta outro meio senão procurar derivar a linfa pelo recurso da "ponte linfática". E' verdade que, exintindo muitas analogias entre os sistemas linfáticos e venoso sob múltiplos aspectos, deveria estabelecer-se circulação linfática colateral entre a raiz do membro e o tronco, tal como ocorre no sistema venoso (Allen). Porém, tal não parece verificar-se. Estabelecida a via linfática de suplência, como se daria a drenagem da linfa estagnada no membro inferior? Segundo Rouvière e Valette, a linfa normalmente segue uma única direção, dada pelo conjunto de válvulas. Encontrando obstáculo à sua passagem (barreira ganglionar, por exemplo), a linfa procura sobrepujá-lo por um dos mecanismos seguintes: 1) seguindo direção oposta à normal, isto é, "sentido retrógrado" (vias paradoxais de Funaoka e colaboradores), até encontrar anastomoses que unem êsse coletor a outro cuja progressão ainda se faz normalmente; 2) por vasos linfáticos neoformados que, partindo da terminação do linfático aferente, contornam o gânglio lesado para alcançar o linfático eferente dêsse mesmo gânglio ou de outro. Da mesma forma, pela interrupção de um coletor linfático aparecem sempre vias de suplência, que compensam a via interrompida, suplência garantida por: 1) vias colaterais, accessórias pré-existentes; 2) reparações da via linfática normal; 3) desenvolvimento de vasos inteiramente neoformados. Ora, admitindo-se que, apesar de tôdas essas possibilidades, o retôrno linfático seja insuficiente, o retalho de pele transplantado para a côxa estabecerá anastomoses com os linfáticos permeáveis, qualquer que seja o sentido da corrente, normal ou retrógrado. Passando, em seguida, em ponte sôbre as glândulas linfoglândulas inguinais, a outra extremidade do retalho por-se-á em comunicação com a rêde linfática, que drena seu conteúdo para um grupo ganglionar íntegro (axilar, subescapular). Não acreditamos necessário retalho longo como recomendam certos autores (Gillies, Mowlen), de modo a ficar com sua extremidade superior na região torácica ou epigástrica. Deve bastar um retalho que se estenda do hipogastro à côxa. De fato, o limite entre as rêdes linfáticas cutâneas da parede tóraco-abdominal, de modo a convergir seu conteúdo para os gânglios axilares ou in-

guinais, passa anteriormente pelo umbigo e, posteriormente, por um ponto situado pouco acima do disco que separa os corpos das segundas e terceiras vértebras lombares (Rouvière). Para Kihara, êsse limite é dado por uma horizontal que passa pelas extremidades das 12.as costelas. Ora, a linfa que da parede abdominal se dirige às linfoglândulas inguinais, encontrando obstáculo à sua passagem, segue direção oposta (vias paradoxais de Funaoka e colaboradores), alcançando muito provàvelmente os gânglios axilares e sub-escapulares, senão também os mamários internos ou os linfáticos do fígado e bexiga, etc. Foi o que fizemos num dos casos aqui presentes, transplantando grande retalho abdominal, cujo pedículo superior ficou ao nível da cicatriz umbilical".

Em seguida, é encerrada a reunião.

Notícias e Comentários

EDITORIAL

Sem desfalecimento, veem os "ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA" procurando servir cada vez melhor à causa da nossa medicina especializada. Quer melhorando o aspecto material da revista, quer incentivando o intercâmbio cultural, dentro do país e no estrangeiro, e ainda, joeirando a matéria publicada, sua direção atual tudo há feito pelo crescimento incessante do legado das direções anteriores.

A par da seleção rigorosa dos artigos, vasados em linguagem escorreita e na ortografia vigente, e refertos de indicações bibliográficas precisas, vale realçado o aparecimento da secção "Bibliografia dermatológica brasileira", em que se arrolam os artigos nacionais relativos à Dermatologia e especialidades afins, e da qual é enviada trimestralmente uma cópia para a revista italiana "Il Dermosifilografo".

Outro aspecto não menos importante a ressaltar é a publicação incessante do Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, inclusive suas secções estaduais, mercê do qual se assegura através dos tempos a prioridade científica de nossas observações e estudos.

Atualmente estabelecemos permuta com 145 revistas, nacionais e estrangeiras, afora os exemplares enviados a bibliotecas e organizações outras interessadas em estreitar os laços culturais conosco. Sentimo-nos, mesmo, orgulhosos do renome alcançado em nosso meio pelos "ANAIS", que desfruem a reputação, por todos os títulos justa, de periódico especializado dos mais bem feitos.

No afã sempre crescente de incrementar a divulgação da dermatologia brasileira, acabamos de assinar contrato com "University Microfilms", de Ann Arbor, Michigan, E. U. A., para a reprodução em microfilme da nossa revista.

Trabalhos estatísticos americanos demonstraram que a conservação do exemplar de uma revista custa cêrca de Cr$ 4,00 (quatro cruzeiros) anuais; assim, em uma biblioteca de 5.000 exemplares, o dispêndio será de Cr$ 20.000,00 (vinte mil cruzeiros) por ano.

Ao problema do espaço, premente em quase tôda parte do mundo, acresce o econômico, mais angustioso. O microfilme resolve ambos. Ocupa lugar mínimo nas estantes e custa imensamente menos; calcula-se-lhe o preço em o que vale a encadernação de um livro. As bibliotecas poderão conservar os exemplares das revistas, não encadernados, juntamente com uma cópia do microfilme; sobrevindo o desgaste daqueles, pelo manuseio constante, perdurará o microfilme, que não acarreta acréscimo de despesa, porquanto sua compra será compensada pela economia decorrente de não encadernarem-se os volumes da revista.

Por tal processo, diz-se, diminuirá de 94 % o custeio de manutenção das bibliotecas. E a aquisição dos aparelhos especiais para a leitura é facilitada pelos editores de microfilmes.

De acôrdo com as cláusulas contratuais, os "ANAIS" serão enviados gratuitamente à "University Microfilms", que, por sua vez, nos remeterão, livre de despesa, uma cópia da miniatura. Por cada uma destas que vender, "University Microfilms" pagar-nos-ão 10 % do produto da venda; outrossim, com o fito de impedir-nos prejuízo com a possível diminuição de assinaturas, só aos assinantes da revista será facultado adquirir microfilmes. Far-se-á em cada rôlo a reprodução de um volume, isto é, uma cópia de microfilme abrangerá nossos quatro números anuais.

Como se vê, a direção dos "ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA" não poupa esforços por difundir a dermatologia indígena, ao tempo que tudo envida pelo alevantamento material e cultural de seu órgão máximo de divulgação, esta revista.

PERILO PEIXOTO

I CONGRESSO IBERO-LATINO-AMERICANO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA E VII REUNIÃO ANUAL DOS DERMATO-SIFILÓGRAFOS BRASILEIROS

Conforme divulgamos em o nosso número anterior, de 24 a 30 de Setembro do corrente ano, realizar-se-ão, conjuntamente, no Rio de Janeiro, os Congresso e Reunião acima mencionados, cujo programa de trabalhos obedecerá aos seguintes temas:

I — Nomenclatura dermatológica (trabalho de revisão, segundo proposições apresentadas, pelas comissões relatoras);

II — Alergias cutâneas (estudo por grupos das alergides toxi-infecciosas, das dermatoses atópicas, das dermatites de contacto e de outros tipos de reações alérgicas da pele); e

III — Aspectos regionais da sífilis (contribuição à patologia geográfica).

PROF. H. PORTUGAL

A 8 de maio último, viajou com destino à Europa o Prof. H. Portugal, ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e membro de seu Comité de Direção, o qual, em Montecatini, Itália, e em Lisboa, Portugal, a representará no XXXVII Congresso Italiano de Dermatologia e no II Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia, realizados nas aludidas cidades, respectivamente, em dias do referido mês.

RECEBEMOS E AGRADECEMOS

— A new approach to the treatment of hypertension and circulatory failure by use of the iron salt of the adenylic nucleotide — S. L. Rusbin, separata do Am. J. Digest. Dis. 15:261 (ag.), 1948.

— A never concert of arthritis and the treatment of arthritic pain and deformity by sympathetic block at the sphenopalatine (nasal) ganglion and the use of the iron salt of the adenylic nucleotide. S. L. Rusbin — separata do Am. J. Digest. Dis. 16:386 (nov.), 1949.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

— Observações preliminares sôbre a bismutoterapia oral no tratamento da sífilis. R. A. Azulay, T. D. Goulart e S. A. Piva. Hospital, Rio de Janeiro, 36:197 (ag.), 1949

— Instrução popular no contrôle das doenças venéreas. Edgar B. Ribas. Hospital, Rio de Janeiro, 36:267 (ag.), 1949.

— Investigações preliminares sôbre a incidência de sensibilidade cutânea à histoplasmina no Brasil. N. Marsiaj, N. Guimarães, J. Pedrosa Cunha e A. Oliveira Lima. Hospital, Rio de Janeiro, 36:273 ag.), 1949.

— Hiperqueratose palmo-plantar congênita. Seu tratamento pelo propionato de testosterona. Jofre M. de Rezende. Arq. de clin., 10:13 (jan.), 1950.

— Experiências com altas doses de penicilina-procaínica no tratamento da bouba. F. Nery Guimarães. Hospital, Rio de Janeiro, 37:361 (mar.), 1950.

— O pé musgoso de Thomas e a cromoblastomicose no Rio G. do Sul e em Santa Catarina. Identificação dos fungos patogênicos no gênero Phialophora, Thaxter, 1915. Resultados terapêuticos. Manuel José Pereira Filho — Rev. med. Rio Grande do Sul, 6:66, 1949.

— O tratamento da sífilis primo-secundária. Fernando C. Ottati. Rev. med. Rio Grande do Sul, 6:104, 1949.

— Comentário sôbre os efeitos das sulfonas nas estruturas da lepra. Ivon Rodrigues Vieira. Arq. mineir. leprol., 9:227 (out.), 1949.

— Resultados atuais da sulfonoterapia no Sanatório "Roça Grande". João Garcia de Azevedo. Arq. mineir. leprol., 9:234 (out.), 1949.

— Ligeiros reparos às conclusões do V Congresso Internacional de Lepra em Havana. Orestes Diniz. Arq. mineir. leprol., 9.244 (out.), 1949.

— Localização de leprocômios. José Mariano e Orestes Diniz. Arq. mineir. leprol., 9.248 (out.), 1949.

— Aspecto jurídico das internações dos portadores de moléstia de notificação compulsória. Godói Gonçalves. Arq. mineir. leprol., 9:255 (out.), 1949.

— A cardiolipina no soro-diagnóstico da sífilis. Paulo de Góis e Pascoal Martino. Arq. brasil. med., 39:315 (set.-out.), 1949.

— O líquido céfalo-raqueano na linfogranulomatose venérea. Erasto Prado, J. Baptista dos Reis e Antônio Bei. Arq. neuro-psiquiat., S. Paulo 7:401 (dez.), 1949.

— Lesões simultâneas da pele e dos pelos genitais causadas por "Trichosporon minor". F. A. Simões Barbosa e José Renda. Rev. brasil. med., 6:160 (mar.), 1949.

— Vírus dermotrópicos — 1 — Os vírus da varíola, da vacina e do alastrim. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:328 (maio), 1949.

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

— Virus dermotrópicos — 1 — Os virus da variola, da vacina e do alastrim. J. Guilherme Lacorte. Rev. bras. med., 6:401 (jun.), 1949.

— O virus da varicela. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:463 (jul.), 1949.

— Virus dermotrópicos — 2 — O virus do herpes zoster. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:537 (ag.), 1949.

— Virus dermotrópicos — O virus do herpes simples. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:623 (set.), 1949.

— A suprarrenal do pênfigo foliáceo. Tancredo Alves Furtado. Rev. brasil. med., 6:364 (out.), 1949.

— O virus do sarampo. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:678 (out.), 1949.

— Virus dermotrópicos — 6 — O virus da rubéola. J. Guilherme Lacorte. Rev. brasil. med., 6:721 (nov.), 1949.

Análises

TRATAMENTO DA LEPRA TUBERCULOIDE PELA ESTREPTOMICINA (NOTA PRÉVIA). D. PERVASSÚ. *Brasil-med.*, 62:409 (4, 11, 18, 25-dez.), 1948.

O A., diante de um caso de lepra tuberculóide num paciente portador de tuberculose pulmonar, forma fibrosa, em que fez o emprêgo de estreptomicina, conclui "ser a estreptomicina antibiótico enérgico e eficaz no tratamento da lepra tuberculóide, desejando, entretanto, o estudo de maior número de casos para melhor avaliar as possibilidades terapêuticas dêste poderoso medicamento". Usou a dose de 1 g diário, num total de 130 g.

WILSON M. ABREU.

LEISHMANIDES. CONSIDERAÇÕES SÔBRE A FORMA GENERALIZADA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA. J. RAMOS e SILVA. *Brasil-med.*, 63:23 (22 e 29 jan.), 1949.

Após tecer comentários sôbre o início e disseminação da leishmaniose tegumentar americana no organismo humano, o A. descreve um caso em que se observam lesões ulcerosas arredondadas ou ovalares, bordos exuberantes ou irregulares, fundo granuloso ou placa de aspecto inflamatório, saliente, vegetante, em parte ulcerado. Lesões de aparecimento recente, disseminadas, foram também encontradas.

Conclui o A.: 1º) na leishmaniose tegumentar americana o protozoário invasor provoca sempre uma lesão inicial no ponto ou nos pontos de inoculação pelo flebótomo; 2º) essa lesão inicial toma depois de algum tempo o aspecto de uma ulceração; 3º) o paciente pode, transportando o germe com os dedos, p. ex., realizar auto-inoculações na pele ou nas mucosas accessíveis; 4º) por outro lado, o protozoário pode, a partir da lesão inicial, permear os linfáticos, que reagem às vêzes sob a forma de linfangite plástica clinicamente diagnosticável, e chegar aos gânglios regionais que, entumescidos, dão lugar à chamada adenopatia satélite, formando-se um complexo primário ou um pseudo-complexo primário; 5º) em certos casos, os protozoários alcançam a torrente sanguínea e vão provocar lesões tegumentares à distância, na pele ou nas mucosas; 6º) as lesões tegumentares provenientes de infestação hematógena merecem a denominação de "leishmanides".

WILSON M. ABREU.

RESULTADOS TERAPÊUTICOS OBTIDOS COM A ESTREPTOMICINA EM CASOS DE TUBERCOLOSE CUTANEA. RUBEM D. AZULAY, ALMIR ANTUNES e H. OLIVEIRA CUNHA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 35:855 (jun.), 1949.

"Tratados com estreptomicina quatro casos de tuberculose da pele, dos quais 3 haviam recebido, anteriormente, medicação variada e adequada, inclusive vitaminoterapia D_2 intensiva, sem qualquer resultado. Usamos 0,1 gr., de 4 em 4 horas, até o total de 23-30 gr. Conseguimos a cicatrização das lesões de todos os casos, conforme demonstram as fotografias. Apenas em um caso tivemos reações tóxicas (tonteiras, urticária e prurido). Baseados na nossa experiência anterior, podemos afirmar que nunca obtivéramos, com quaisquer outras drogas, resultados tão rápidos como os obtidos com a estreptomicina."

Resumo dos autores.

NOTA PRELIMINAR SÔBRE A PIRETOTERAPIA NA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA. M. RIBEIRO DA SILVEIRA e Z. BRENER. *Hospital*, Rio de Janeiro, 37:627 (abr.), 1950.

Os AA. fazem uma rápida revisão sôbre a terapêutica atual das leishmanioses, chegando à conclusão de que nem sempre, como era de esperar, se conseguem resultados definitivos com os medicamentos de que dispomos, atualmente. A seguir, descrevem a técnica de piretoterapia por meio do uso do B. hemophilus Ducreyi, por via venosa, como auxiliar terapêutico no tratamento de formas cutâneas ou mucosas da leishmaniose, quando associado aos métodos terapêuticos já conhecidos, ou ao contrário, como terapêutica exclusiva, utilizada isoladamente. Em 2 casos de leishmaniose tegumentar americana, sendo um da forma predominantemente mucosa e outro da forma predominantemente cutânea, constataram melhora acentuada das lesões mucosas e cicatrização das cutâneas.

D. PERYASSÚ.

ASSOCIAÇÃO DA SULFADIAZINA E SULFAMERAZINA NO TRATAMENTO DA BLASTOMICOSE SUL-AMERICANA. NIVEIS SANGUINEOE OBTIDOS. PROFILAXIA DOS ACIDENTES SULFAMIDICOS. CARLOS DA S. LACAZ. *Hospital*, Rio de Janeiro 37:689 (maio), 1950.

O A. discute inicialmente todos os trabalhos referentes ao emprêgo das sulfas no tratamento da blastomicose sul-americana. Ressalta, então, o grande valor desta terapêutica na cura clinica da blastomicose, infecção esta de prognóstico muito sério antes do advendo da sulfamidoterapia.

Tratando diversos casos de blastomicose sul-americana com sulfadiazina, ou então com a mistura sulfadiazina mais sulfamerazina, o A. verificou que esta associação de sulfas se mostrava bastante eficiente, obtendo-se concentrações sanguineas bastante elevadas e constantes. Os doentes toleram muito bem esta associação de sulfas, as lesões regridem fàcilmente, mas recidivas podem ocorrer, e daí a necessidade de se acompanhar detidamente o paciente, logo após a sua cura clinica.

Em um quadro, são fornecidos os resultados das dosagens sanguineas obtidas, pelo qual se verifica o elevado teor com que a sulfadiazina e a sulfamerazina se apresentam na corrente sanguinea.

Resumo do autor.

CONTRÔLE DE DERMATITES INDUSTRIAIS (INDUSTRIAL DERMATITES CONTROL). NATMAN, FRANCIS. *Ann. Allergy*, 7:374 (maio-jun.) 1949.

A incidência de dermatoses industriais pode ser controlada por:

I — Cuidadosa seleção nos operários para trabalhos que impliquem em exposição a substâncias químicas. Eliminação dos portadores de doenças cutâneas ativas ou potenciais.

II — Análise dos novos compostos químicos em relação às suas propriedades irritantes e antigênicas, testando cobaias antes de expor os trabalhadores a êles.

III — Substituição dos compostos químicos de grande poder antigênico, sempre que possível, por outros de menor potencialidade.

IV — Educação dos empregados que estão expostos a substâncias químicas a respeito dos acidentes de sensibilização, a fim de que os mesmos evitem exposições prolongadas ou indevidas, focalizando as vantagens do uso de cremes protetores, luvas de borracha e higiene das mãos.

V — Assistência médica quando a tolerância da pele foi ultrapassada.

Resumo do autor

EXEMPLOS DE SENSIBILIZAÇAO CRUZADA EM DERMATITES ECZEMATOSAS ALERGICAS. (EXEMPLES OF CROSS SENSITIZATION IN ALLERGIC ECZEMATONUS DERMATITIS). RUDOLF L. BAER. *Arch. Dermat. & Syph.*, 58:276(set.), 1948.

Apresentam-se aqui casos de sensibilização cruzada entre vários compostos químicos que contêm anilina como parte de sua molécula.

Nas bases de sua sensibilização prévia a um único agente o doente pode, por intermédio da sensibilização cruzada, tornar-se hipersensível a uma enorme variedade de compostos tais como anilinas, parafenilenodiamina, ácido paraminobenzóico, certos anestésicos locais, paraaminobenzoato de glicerol, êste agora largamente usado como protetor de queimaduras solares, certas drogas sulfamidadas, certos corantes azóicos usados em meias, roupas, alimentos e drogas coradas.

O maior conhecimento da ocorrência de sensibilizações cruzadas será útil na prática da medicina preventiva da dermatite eczematosa, tornando possível evitar não só o alergeno causal (primário) como também os alergenos químio-imunològicamente relacionados (secundários).

Além do mais, em alguns casos assim se ajuda a explicar a base para sensibilizações múltiplas e a incidência de dermatites por compostos que ordinàriamente apresentam baixos índices de sensibilização.

Resumo do autor

DERMATITES DE MAOS DEVIDAS A ALERGENOS INGERIDOS (DERMATITIS OF THE HANDS DUE TO INGESTED FOODS). BERNAR WINSTON e RICHARD SUTTON. *Arch. Dermat. & Syph.*, 58:386 (set.), 1948.

De 388 casos de várias ordens de dermatites de mãos, 30 apresentaram características que parecem constituir uma dermatite clìnicamente reconhecível como devida à alergia a alimentos ingeridos, sendo os aspectos de diferenciação os seguintes:

1 — áreas localizadas de escoriação acompanhadas de eritema ou liquenificação são vistas onde se processou cura parcial;

2 — tôdas as alterações visíveis são explicáveis como efeito *ùnicamente* de escoriações produzidos pelas unhas;

3 — o coçar se processa durante o sono;
4 — o dorso dos dedos ou mãos e as superfícies ulnares dos punhos são as únicas zonas atingidas;
5 — a remoção de contactantes ou a erradicação de focos de infecção não conduz à cura;
6 — a eliminação do alimento causal ingerido cura.

Os alimentos alergênicos são identificados pela adição de um novo alimento cada dia e subsequentes observações de escoriações novas indicativas de prurido paroxístico específico. As provas cutâneas não têm valor. Benefícios pela dieta não aparecem em casos vesico-pustulares ou numulares. Não foram além de oito por cento os casos de dermatites de mãos nesta série devidos a alergenos ingeridos.

Resumo do autor

AÇÃO ANTI-PRURIGINOSA DA RIBOFLAVINA (VITAMINA B2) NO ECZEMA E EM OUTRAS DERMATOSES PRURIGINOSAS. (AZIONE ANTIPRURIGINOSA DELLA RIBOFLAVINA (VITAMINA B2) NEGLI ECZEMI E IN ALTRE DERMATOSI PRURIGINOSE). PAOLO PARISI e LUIGI L. BARBIERI. *Arch. ital. dermat., sif.*, 22:185, 1949.

Os AA. estudam a ação antipruriginosa da riboflavina em 20 pacientes portadores de dermatoses pruriginosas. Consideraram um grupo, o mais numeroso, constituído por casos de eczema e dermatite exsudativa de origem nitidamente alérgica, e outro, em que não entrava na patogênese o fenômeno alérgico.

A ribioflavina (vitamina B2), na dose de 10 mg diários, mostrou-se eficaz antipruriginoso, enquanto dura o tratamento. Admitem os A.A. que tal efeito corra à conta da ação anti-histamínica da riboflavina.

WILSON M. ABREU.

A AUTO-HEMOTERAPIA TÓPICA NA ÚLCERA TROPICAL (L'AUTOEMOTERAPIA TOPICA NELL'ULCERA TROPICALE). G. ARMALEO. *Arch. ital. disc. med. colon. e di parassitol.* 30.195 (dez.) 1949.

E' chamada inicialmente a atenção para a importância higiênico-social (inclusive econômica) da úlcera tropical nos países quentes, sobretudo nas zonas rurais.

Segue-se a descrição de um "método simples, pouco dispendioso e de rápida atuação", o qual consiste em colocar sôbre a úlcera, prèviamente limpa com solução fisiológica ou com antissético brando, o sangue venoso colhido no braço; deixa-se o sangue coagular sôbre a úlcera, fazendo-se então um curativo sem compressão.

A. PADILHA GONÇALVES.

A PELADA COMO DESEQUILIBRIO ANDROGENO-ESTROGENO: RESULTADOS TERAPEUTICOS (LA PELADA COMO DESEQUILIBRIO ANDROGENO-ESTROGENO: RESULTADOS TERAPEUTICOS). J. CASTRO PALOMINO, J. GRAU TRIANA e O. ROMERO JORDAN. *Bol. Soc. cubana dermat. y sif.*, 6:1 (mar.), 1949.

Os AA. fazem um estudo pormenorizado da patogenia da pelada, partindo de dados históricos sôbre a concepção parasitária da pelada, e chegando aos conceitos atuais, que admitem como patogenia dessa entidade mór-

bida os distúrbios tireoidianos. Encaram a questão da teoria nervosa da pelada, para entrar pròpriamente no terreno que se propõem discutir, isto é, a teoria androgeno-estrogena da pelada.

Segundo os AA., a teoria do desequilíbrio androgeno-estrogeno permite dar uma explicação satisfatória a um grupo de casos de pelada que até então não apresentava um motivo razoável etiopatogênico, tais como os quadros de pelada emocional, a pelada dos deprimidos, da puberdade, da mulher grávida, da menopausa, as peladas emotivas dos escolares, incluindo neste grupo as peladas tidas como focais (dentárias e infecciosas), que escaparam até o presente momento a tôdas as explicações plausíveis.

O desiquilíbrio androgeno-estrogeno pode advir com a puberdade, a gravidez, a menopausa, a fadiga, as emoções violentas, ou em conseqüência de causas infecciosas.

Ao ver dos AA., as antigas espinhas peladogenas de Jacquet não seriam outras senão os fatores supra citados.

D. Pervassú.

A PINTA EXPERIMENTAL (LA PINTA EXPERIMENTAL). Alberto Oteiza. *Bol. Soc. cubana de dermat. y sif.*, 6:24 (mar.), 1950.

São relatados e comentados os resultados de inoculações experimentais de pinta em 15 voluntários humanos e em coelhos, sendo descritas com minúcia as lesões iniciais e as pintides.

Dos voluntários, 8 não tiveram sífilis nem pinta, 1 havia sido injetado experimentalmente com pinta, e 6 eram sifilíticos. Dos 8 primeiros todos adquiriram pinta após uma incubação de 3 a 61 dias. O pintoso curado antes com neo-arsfenamina também adquiriu de novo pinta com 21 dias de incubação. Dos 6 sifilíticos, só 1 adquiriu pinta com 12 dias de incubação, revelando assim uma certa resistência dos sifilíticos para desenvolver lesões iniciais de pinta. A lesão inicial é uma pápula eritematosa que depois se torna escamosa e às vêzes liquenóide, transformando-se mais tarde em placa em tôrno da qual surgem lesões satélites.

As lesões do período secundário — pintides — surgiram em 6 casos observados de 63 a 142 dias da inoculação, manifestando-se por manchas eritematosas, pequeninas placas liquenóides, pápulas com ou sem descamação. O número de lesões variam de 10 a 60. Tôdas elas se transformam em pápulas escamosas ou em placas eritematosas ou papulosas.

Em 30 inoculações em coelhos, foram obtidos, em 4, resultados positivos de 80 a 110 dias representados por uma pápula escrotal que se infiltrava, tomando aspeto ulceroso, depois cicatrizando espontâneamente e deixando um nódulo fibroso que em 40 a 60 dias desapareceu. As inoculações na córnea, na câmara anterior e no testículo, foram negativas. O comportamento do Treponema carateum, quando inoculado em coelho, é mais um elemento da diferenciação da pinta com a sífilis e a framboésia.

A. Padilha Gonçalves

RESULTADOS TERAPÊUTICOS OBTIDOS COM AUREOMICINA EM DOIS CASOS DE LEPRA (RESULTADOS TERAPEUTICOS OBTENIDOS CON LA AUREOMICINA EN DOS CASOS DE LEPRA). Castro Palomino, Arturo Cubillo, J. Gran Triana e Viola Marquez. *Bol. Soc. cubana dermat. y sif.*, 6:121 (set.), 1949.

A aureomicina empregada em dois casos de lepra lepromatosa, nas doses de 225g. e 249g., respectivamente, não parece aos AA. revelar-se eficaz, pois as poucas modificações clínicas, bacteriológicas e histopatológicas ob-

servadas não foram de molde a que se pudesse julgar útil êste antibiótico no tratamento da lepra, ao menos na forma lepromatosa. No trabalho é feita a ressalva da experiência ter sido reduzida, pois só dois doentes foram tratados.

A. PADILHA GONÇALVES.

RESULTADO EXTRAORDINARIO DE UM NOVO METODO DE TRATRATAMENTO PARA A LEPRA LEPROMATOSA (RESULTADO EXTRAORDINARIO DE UN NUEVO METODO DE TRATAMIENTO PARA LA LEPRA LEPROMATOSA). GUILLERMO F. BAQUERO. *Bol. Soc. cubana dermat. y sif.*, 6:133 (set.), 1949.

Um caso de lepra lepromatosa foi tratado por meio de transfusões sanguineas (150cc. uma vez por semana, durante cinco semanas) de um doador sofrendo de lepra tuberculóide. Por ter sido a melhora de tôdas as lesões clinicas tão extraordinária, foi considerada necessária esta comunicação preliminar dos resultados.

Resumo do autor.

MODIFICAÇÕES DE ALTERAÇÕES CUTANEAS DO VITILIGO E ESCLERODERMIA EM ZONAS DE TRANSPLANTE CUTANEO. (MODIFICAZIONE DELLE ALTERAZIONI CUTANEE DELLA VITILIGO E DELLA ESCLERODERMIA IN ZONE DI TRANSPIANTO CUTANEO). M. COMEL. *Dermatologica*, 96:306, 1948.

O enxêrto cutâneo, base da eudermia cirúrgica e da cirurgia plástica, é útil no estudo experimental da fisiologia da pele, seja direto seja tubular.

Empregou o A. o transplante crusado para o estudo do vitiligo, concluindo que a formação de pigmento não depende só dos fatores encontrados na pele, mas também de processos superiores de regularização das diferentes zonas da pele.

Foi empregado o enxêrto tubulado de Tagliacozzi, no estudo da esclerodermia; o foco esclerodérmico cresceu no enxêrto, não se modificando no foco primário. Admite serem essas modificações devidas à hipoxemia resultante duma circulação deficiente, modificando-se o metabolismo do tecido.

WILSON M. ABREU.

ANTISIFILÍTICO E
TÔNICO NERVINO.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 140,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00, na época, e de Cr$ 40,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. [illegible] Gomes, por intermédio da caixa postal [illegible], Rio de Janeiro (telefone: 22-1347).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Êsses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endêreço dos autores. As citações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas citações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, titulo do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, titulo, edição, local da publicação, editor, ano, volume e páginas. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o titulo do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

SUMÁRIO

VOL. 25 — (1950) — N. 2 (Junho)

JORNAL DO COMMERCIO - Rodrigues & C. - Av. R. Branco, 117 - R. de Janeiro